



Sous la direction de

Pierre Ferrari

Olivier Bonnot

Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

Médecine Sciences
Publications

Lavoisier

Sous la direction de
Pierre Ferrari
Olivier Bonnot

Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

Sous l'égide de l'AEPEA

Médecine Sciences
Publications

<http://www.editions.lavoisier.fr>



*Un lieu de réflexion sur la pratique pédopsychiatrique
avec publication régulière de textes inédits*

Direction éditoriale : Emmanuel Leclerc

Édition : Béatrice Brottier

Fabrication : Estelle Perez

Couverture : Isabelle Godenèche

Composition : Softwin, Bucarest (Roumanie)

Impression : L.E.G.O. SpA, Lavis (Italie)

Sommaire

Avant-propos , par P. FERRARI	XXI
--	-----

LES DIFFÉRENTS ASPECTS DU DÉVELOPPEMENT CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Chapitre 1	Principales théories du développement de l'enfant , par M. SPERANZA et P. FERRARI	3
	Conceptions psychanalytiques du développement	3
	Psychanalystes post-kleinieniens et fonctionnement psychique de l'enfant autiste	7
	Développement et intersubjectivité	8
	En conclusion : un modèle général du développement de l'enfant	9
Chapitre 2	Empathie et expérience fraternelle , par J. XAVIER	12
	Lien fraternel (du point de vue psychanalytique)	12
	Des mécanismes du jeu imitatif chez l'enfant	13
	Quel rapport avec le développement de l'empathie ?	14
	De la relation intersubjective vers un modèle intégratif du développement de l'empathie	16
	Quelques réflexions en clinique de l'enfant et de l'adolescent	17
Chapitre 3	Le fraternel psychanalytique dans le développement , par P. FERRARI	21
	Le fraternel avec <i>Totem et Tabou</i>	21
	Le frère comme intrus	22
	Double fraternel et jumeau imaginaire	22
	Le frère comme obstacle au désir du sujet	22
	Le fratricide	23
	La rivalité fraternelle	24
	Le fraternel chez M. Klein	24
Chapitre 4	Développement de la sensorialité fœtale	26
	L'anténatal comme premier chapitre de la vie, par M. SOULÉ et M.-J. SOUBIEUX	26
	Sensorialité fœtale, par V. MIRLESSE	26
Chapitre 5	Développement de l'attachement , par N. GUÉDENEY, A.-S. MINTZ et F. ATGER	30
	Originalités de la théorie de l'attachement	30
	Variations individuelles : situation étrange, profils (<i>patterns</i>) d'attachement, modèles internes opérants et question de la transmission	35
	Étude de l'attachement pendant l'enfance	37
	Attachement et adolescence	39
Chapitre 6	Développement du langage oral , par M. PLAZA, F. BIGOURET et L. VANNETZEL	46
	Généralités	46
	Réception	47
	Production	48

X SOMMAIRE

	Pragmatique et développement du langage.....	51
	Inné et acquis : le langage entre cerveau, gènes et environnement.....	54
	Compétences cognitives et développement du langage	55
Chapitre 7	Développement de l'identité sexuée à l'adolescence , par C. CHILAND	60
	Terminologie.....	60
	Malaise identitaire et changement de l'image de soi à l'adolescence.....	61
	Construction de l'identité chez les intersexes.....	61
	Refus du sexe d'assignation chez des adolescents normalement sexués	63
Chapitre 8	Adolescence, sexualité et développement , par D. BRENGARD	65
	Transformations pubertaires.....	65
	Remaniements psychiques individuels, groupaux, familiaux et communautaires.....	66
	SIDA et prévention	68
	Clinique de la sexualité à l'adolescence.....	68
	Maltraitements sexuelles.....	72
	Prostitution et adolescence.....	73
	Grossesse à l'adolescence.....	73
	Conduite à tenir : points essentiels	75
Chapitre 9	Développement et dynamique de la parentalité , par P. FERRARI	77
	La paternalité.....	77
	La maternalité.....	80
Chapitre 10	Psychanalyse et cognition dans le processus développemental , par P. FERRARI	83
	(eChapitre 1 ⁰)	
	Le désir de savoir	83
	La perception	84
	Psychanalyse et naissance de la pensée.....	86
	L'érotisation de la pensée.....	86
	La sexualisation des pensées.....	86
	L'obsessionnalisation de l'appareil à penser	87
	Inhibition intellectuelle et narcissisme.....	87
	Le processus déficitaire.....	87
Chapitre 11	Influence du virtuel sur le développement , par S. TISSERON	89
	Définitions	89
	Le virtuel, anciens et nouveaux enjeux des images	90
	Le virtuel appauvrit-il l'imaginaire ?	91
	En route vers une nouvelle culture	93
	Le virtuel et l'adolescent	97
	Vers une société du clivage et du déni ?	98
Chapitre 12	Psychopathologie développementale , par M. KEREN	100
	Modèles actuels.....	100
	Interactions gène-environnement.....	101
	Facteurs de risque et facteurs de protection	101
	Rôle du genre.....	102
	Concept de résilience	102
	Apport de la psychopathologie développementale à la compréhension des continuités et discontinuités des troubles psychiatriques de l'enfance à l'âge adulte	103
	Le TDAH, de l'adolescence à l'adulte	104

EXAMEN ET ÉVALUATION DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Chapitre 13	Examen clinique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent , par C. MILLE et V. CELACU	109
	Spécificité de l'examen clinique en psychiatrie de l'enfant.....	109

(1) Les eChapitres sont accessibles gratuitement sur pedopsy.europa.lavoisier.fr.

	Circonstances préalables d'un examen.....	109
	Approche diagnostique.....	116
Chapitre 14	Examen psychologique. Tests projectifs , par N. JEAMMET.....	120
	Originalité de l'investigation psychologique.....	120
	Principales modalités.....	120
	Conduite à tenir.....	123
Chapitre 15	Examen cognitif et neuropsychologique , par L. BON, B. GUILLERY-GIRARD et J.-M. BALEYTE.....	124
	Bilan neuropsychologique.....	124
	Intérêts d'une évaluation cognitive et neuropsychologique.....	126
	« Fausses croyances » du bilan neuropsychologique.....	128
	Articulation avec les autres évaluations.....	129
Chapitre 16	Du bilan psychomoteur au bilan sensorimoteur , par A. KLOECKNER, D. CHADZYNSKI, É. CAMARET NINU et A. BULLINGER.....	131
	Aspects théoriques.....	131
	Objectifs.....	132
	Indications.....	133
	Modalités de passation.....	133
	Utilisation du matériel vidéo.....	134
	Déroulement d'un bilan.....	134
Chapitre 17	Entretiens diagnostiques semi-structurés et structurés , par B. LAUTH.....	137
	Classification des entretiens à visée diagnostique.....	137
	Adaptation transculturelle des entretiens diagnostiques.....	140
	Validité des entretiens à visée diagnostique.....	141
Chapitre 18	Échographie obstétricale , par M. SOULÉ et M.-J. SOUBIEUX.....	144
	L'échographie dans la parentalisation.....	144
	Le mandat transgénérationnel.....	144
	Les fantasmes ravivés par l'échographie.....	144
	L'inquiétante étrangeté.....	145
	L'annonce d'une malformation.....	145
	La décision après l'annonce.....	146
	Les relations précoces parents-bébé.....	147
	Le rôle de l'équipe médicale.....	147
Chapitre 19	Évaluation et méthodes d'observation des compétences parentales , par G. FAVA VIZZIELLO et A. SIMONELLI.....	148
	Questions liées à l'évaluation des compétences parentales.....	150
	Méthodes narratives pour l'évaluation de la parentalité.....	150
	Méthodes d'observation pour l'évaluation des interactions adulte-enfant.....	155
	La parentalité comme fonction triadique.....	160
	Observation de la famille en action, entre recherche et clinique.....	162
Chapitre 20	Évaluation psychopathologique structurelle , par J. MANZANO.....	169
	La psychopathologie structurelle.....	169
	Mode d'évaluation structurel.....	170
	Grille d'évaluation (statut mental).....	170
Chapitre 21	Troubles du langage oral et conséquences sur le langage écrit , par C. BILLARD.....	173
	Classification.....	173
	Troubles spécifiques et sévères du langage oral (dysphasies).....	178
PSYCHIATRIE PÉRINATALE		
Chapitre 22	Classification diagnostique 0-3 ans , par D. RABAIN.....	187
	Principes de l'évaluation du jeune enfant.....	188

XII SOMMAIRE

	Présentation de la DC : 0-3	188
	Présentation de la DC : 0-3R	189
Chapitre 23	Du fœtus	193
	Interactions fœtomaternelles, par M. SOULÉ et M.-J. SOUBIEUX	195
	Douleur fœtale, par D. MAHIEU-CAPUTO, S. OMNES et P. MADELENAT	196
	Interruption médicale de grossesse, par M.-J. SOUBIEUX et M. SOULÉ	200
	Maltraitance à fœtus, par M. SOULÉ et M.-J. SOUBIEUX	202
	Consentement éclairé, par M. SOULÉ et M.-J. SOUBIEUX	202
Chapitre 24	Troubles des interactions précoces parents-nourrisson, par P. FERRARI	205
	Interactions avant la naissance	205
	Interactions mère-nourrisson après la naissance	206
	Interactions comportementales	207
	Interactions père-nourrisson	208
	Troubles des interactions	208
Chapitre 25	Troubles psychosomatiques du nourrisson, par P. FERRARI	212
	Généralités	212
	Anorexie mentale	213
	Vomissements psychogènes	214
	Mérocisme	214
	Coliques idiopathiques	215
	Spasme du sanglot	216
	Insomnies du premier trimestre	216
	Manifestations asthmatiques précoces	217
	Troubles cutanés	217
Chapitre 26	Carences de soins maternels, par Ph. MAZET	219
	Diversité des situations de carences	219
	Manifestations cliniques d'une carence prolongée et importante, liée à l'insuffisance majeure des « soins maternels »	219
	Manifestations cliniques d'une carence importante liée à des séparations répétées	221
	Implications curatives et préventives	222
Chapitre 27	Dépressions du bébé et situations de carence, par B. GOLSE	224
	Quelques remarques générales sur le concept de dépression	224
	Notion de carence	225
	Dépressions du bébé : aspects sémiologiques, théoriques et thérapeutiques	226
	Continuités et discontinuités entre les dépressions du bébé et les dépressions ultérieures	227
Chapitre 28	Deuil périnatal, par M.-J. SOUBIEUX et M. SOULÉ	231
	Singularité du deuil périnatal	230
	Différentes évolutions du deuil	230
	La grossesse qui suit	232
Chapitre 29	Aux origines de la déception d'une mère : un écart entre l'enfant de chair et l'enfant du rêve, par D. BRUN	235
Chapitre 30	Les parents malades mentaux et leurs enfants : prévention et thérapie, par G. FAVA VIZZIELLO et M. R. COLUCCI	239
	Le concept d'enfants de malades mentaux	239
	Épidémiologie du phénomène	239
	Changements socioculturels	240
	Classifications internationales	240
	Limites et difficultés dans le choix de l'intervention	241
	Formes d'expression de la psychopathologie	241
	Études de population	242
	Principales hypothèses concernant le risque	244
	Dynamiques pathogéniques et protectrices dans la transmission intergénérationnelle	244

	Point de vue institutionnel et interventions cliniques	246
	Pathologie maternelle et effets sur les enfants	248
	Pathologie paternelle	250
	Interventions	250
	GRANDES CATÉGORIES NOSOGRAPHIQUES	
Chapitre 31	Classifications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent , par C. BURSSTEIN	257
	Historique des classifications en psychiatrie	257
	Questions épistémologiques posées par la démarche de classification en psychiatrie	257
	Évolutions annoncées : DSM-V et CIM-11	266
	Perspectives catégorielle et dimensionnelle des classifications	266
	Importance de la formation : pour un bon usage des classifications	267
Chapitre 32	Autisme et à la limite de l'autisme	268
	Classifications des troubles envahissants du développement, par C. BURSSTEIN	268
	Autisme infantile : histoire, description clinique et débat nosographique, par P. FERRARI	272
	L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse. Convergences ou controverses ?, par B. GOLSE	275
	Modèle polyfactoriel en psychopathologie, par B. GOLSE	279
	Une modélisation psychanalytique du fonctionnement de la psyché autistique.	
	L'autisme dans l'histoire du mouvement psychanalytique, par P. FERRARI	282
	Diagnostic précoce de l'autisme infantile, par P. FERRARI	288
	Aperçu des recherches épidémiologiques, génétiques, neurobiologiques et cognitives, par P. FERRARI	291
	Syndrome d'Asperger, par T. ATTWOOD	297
	Troubles multiples et complexes du développement, par M. SPERANZA	304
Chapitre 33	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité	314
	Aspects psychobiologiques et gestion clinique, par M. CARROZZI	314
	Devenir du TDAH à l'adolescence, par V. DELVENNE	332
	Hyperactivité et troubles limites de la personnalité, par A. LASA ZULUETA	338
Chapitre 34	Dépression de l'enfant , par P. FERRARI	355
	Épidémiologie	355
	Dépression du nourrisson et des très jeunes enfants	355
	Dépression du jeune enfant avant la puberté	356
	Dépression précoce de l'enfant et carence maternelle	356
	Dépression et maladies somatiques chez l'enfant	357
	Dépression psychotique	357
	Troubles bipolaires et maniacodépessifs chez l'enfant	358
	Dépression de l'enfant et suicide	358
	Facteurs favorisants	359
	Psychopathologie	359
	Évolution des dépressions non psychotiques	361
	Neurobiologie et génétique	361
	Conduite à tenir et traitement	362
Chapitre 35	Troubles névrotiques de l'enfance et de la petite enfance , par F. PALACIO ESPASA	366
	Historique	366
	Épidémiologie des névroses	367
	Clinique	367
	Diagnostic structurel de la psychonévrose de l'enfant	370
	Diagnostic différentiel	372
	Thérapeutique	374
Chapitre 36	Schizophrénies à début précoce , par O. BONNOT et D. COHEN	377
	Rappel historique	377
	Épidémiologie	377
	Présentation clinique	378
	Éléments prémorbides aspécifiques potentiellement prédictifs	381
	Principes de prise en charge	382

XIV SOMMAIRE

Chapitre 37	Trouble bipolaire : définition et controverse	385
	Trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent, par É. HENZEN-IFKOVIITS, R. DENIS DE ANDRÉS, J.-M. AUBRY et R. BARBE.....	385
	 Trouble bipolaire pédiatrique : controverse, par A. CONSOLI..... (eChapitre 2 ²⁰)	393
Chapitre 38	Troubles de la personnalité de l'enfant et de l'adolescent , par F. PALACIO ESPASA et J. MANZANO.....	401
	Organisation de la personnalité psychotique.....	401
	Organisation de personnalité <i>borderline</i>	402
	Organisation de personnalité névrotique.....	404
	Troubles de l'humeur du bébé et du jeune enfant.....	406
	Prise en charge.....	407
Chapitre 39	Troubles obsessionnels-compulsifs chez l'enfant et l'adolescent , par F. KOCHMAN, É. DESMET, L. GALAMEZ et Q. LENGLET.....	408
	Sémiologie.....	408
	Co-morbidité.....	409
	TOC Pandas ou auto-immun.....	410
	Origines des troubles obsessionnels-compulsifs.....	410
	Traitement.....	410
Chapitre 40	Tics et syndrome de Gilles de la Tourette	413
	Symptomatologie clinique et traitement, par R. DELORME.....	413
	Prise en charge des enfants et adolescents atteints du syndrome de Gilles de la Tourette, par E. DENIAU et A. HARTMANN.....	417
Chapitre 41	L'anxiété chez l'enfant et l'adolescent , par P. VIZIELLO.....	422
	Polymorphie de l'anxiété dans le développement.....	422
	Soubassements métapsychologiques des anxiétés.....	424
	Anxiété et anxiété.....	425
	Définition des différentes anxiétés.....	426
	Hypothèses étiopathogéniques.....	427
	L'anxiété dans le rapport corps-esprit : la maladie psychosomatique : un concept à renouveler.....	429
	L'anxiété et le corps.....	430
	Anxiété, panique, séparation et dépression.....	431
	Conclusion : de nos jours... l'anxiété.....	433
Chapitre 42	Phobies de l'enfant et phobie scolaire , par M.-F. LE HEUZEY.....	437
	Phobies spécifiques.....	437
	Phobie sociale.....	439
	Agoraphobie.....	439
	Phobie scolaire.....	439
	Stratégies thérapeutiques.....	445
	Refus scolaires.....	446
Chapitre 43	État de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent , par E. PIGOIS, M. MORISOD-HARARI, C. MÜLLER-NIX et D. SCHECHTER ..	448
	Généralités sur les classifications.....	448
	Épidémiologie.....	448
	Psychopathologie.....	449
	Clinique.....	450
	Facteurs de risque et de protection.....	452
	L'enfant à l'hôpital et l'ESPT.....	453
	Évaluation.....	453
	Diagnostic différentiel.....	453
	Co-morbidités.....	453
	Évolution.....	454
	Traitement.....	454

(2) Les eChapitres sont accessibles gratuitement sur pedopsy.europa.lavoisier.fr.

Chapitre 44	Séances infligés aux mineurs , par J.-Y. HAYEZ	457
	Définition et classification	457
	Considérations générales et discussion	457
	Étiopathogénie	458
	Atteintes majoritairement présentes chez l'enfant victime	461
	Devenir à long terme des victimes	463
	Prise en charge globale de la dynamique des sévices	463
	Équipement et processus institutionnels conçus par les sociétés industrialisées pour répondre à ces besoins	464
Chapitre 45	Retard mental , par B. LAUTH	469
	Historique et définitions	469
	Données épidémiologiques	470
	Diagnostic clinique : les grands syndromes	470
	Bilan psychologique et psychopathologique	471
	Bilan étiologique	473
	Diagnostic différentiel	475
	Conduite à tenir et traitement	476
Chapitre 46	Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence	479
	Anorexie mentale et boulimie, par C. LAMAS et M. CORCOS	479
	Boulimie, par G. SCHMIT	489
Chapitre 47	Maladies rares à expression psychiatrique. Intérêt d'un diagnostic fonctionnel , par O. BONNOT et D. COHEN	501
	Syndrôme de Prader-Willi	501
	Microdélétion 22q11 (syndrôme vélo-cardio-facial)	502
	Diagnostic fonctionnel et dimension développementale	503
Chapitre 48	Troubles à expression psychosomatique , par G. SZWEC et P. PALAU SUBIELA	506
	Psychosomatique du nourrisson, par G. SZWEC, P. BLAYAU, A. PRUDENT BAYLE, M. SIRIACO	506
	Anorexie du nourrisson, par P. PALAU SUBIELA	507
	Vomissements psychogènes, par P. PALAU SUBIELA	510
	Mérycisme, par C. ROLLA PERETTO	511
	Pica, par A. NAVARRO CAMPOY	512
	Coliques du premier trimestre, par C. ROLLA PERETTO	513
	Troubles de la défécation, par A. NAVARRO CAMPOY	514
	Troubles du sommeil chez le nourrisson, par I. NIGGIAN et C. ROJAS	516
	Troubles cutanés, par P. VADI LATHION	518
	Troubles respiratoires : les spasmes du sanglot, par D. TABACOF	520
	Asthme, par I. ADOMINICAI	521
	Encoprése : un symptôme au point de convergence psychosomatique en psychopathologie de l'enfant, par P. FERRARI	522
Chapitre 49	Enfants et adolescents infectés par le VIH. Prise en charge médicosychologique en France , par O. ROSENBLUM	527
	Situation	527
	Profil évolutif de l'infection de l'enfant	527
	Antirétroviraux : le seul traitement efficace	527
	Suivi du traitement et observance	527
	Troubles psychologiques de l'enfant et facteurs de vulnérabilité	528
	Variation de l'information sur le VIH en fonction de l'âge	528
	Choix de la période pubertaire pour amorcer le questionnement	528
	Devenir parent quand on est séropositif	529
	Réorganisation familiale autour des enfants et adolescents de parents séropositifs décédés	529
	Spécificité du secret de la contamination fœtomaternelle	529
	Devenir adolescent séropositif, un enjeu autour du vital et du sexuel	529
	La psyché des préadolescents séropositifs à l'épreuve au long du parcours	530
	Groupe de parole au sein de l'hôpital pédiatrique	531
	Ouvertures	533
Chapitre 50	Reactions psychologiques dans les maladies chroniques de l'enfant , par P. FERRARI	534

XVI SOMMAIRE

Chapitre 51	La parentalité et ses troubles , par J. MANZANO et F. PALACIO ESPASA	538
	Relations parents-enfants et compréhension psychodynamique.....	538
	Troubles de la parentalité.....	540
	Traitement	540
Chapitre 52	L'adolescent, ses interrogations, ses inquiétudes et ses troubles , par A. BRACONNIER et Ph. JEAMMET.....	544
	Hier et aujourd'hui	544
	Enjeux psychopathologiques	545
	L'intérêt d'un point de vue psychopathologique de concevoir, à l'adolescence, le soin comme une prévention.....	547
Chapitre 53	Adolescence et relations familiales , par G. SCHMIT	548
	Processus de changement psychique à l'adolescence	548
	L'adolescent et ses parents	548
	Les parents face à l'adolescence de leurs enfants	551
	Adolescence et changement dans la famille	553
Chapitre 54	Troubles de la personnalité <i>borderline</i> à l'adolescence , par M. SPERANZA.....	556
	Développement du concept de <i>borderline</i>	556
	Le diagnostic de trouble de la personnalité <i>borderline</i> est-il applicable aux adolescents ?	556
	Spécificité clinique du trouble <i>borderline</i> à l'adolescence.....	557
	Étiologie des troubles <i>borderline</i> de la personnalité	558
	Approche thérapeutique	558
Chapitre 55	Dépression de l'adolescent , par P. FERRARI.....	560
	Épidémiologie	560
	Clinique des troubles dépressifs chez l'adolescent	560
	Diagnostic et évaluation	562
	Dépression de l'adolescent et suicide	562
	Évolution des dépressions de l'adolescent	563
	Compréhension psychopathologique de la dépression à l'adolescence ; la dépression au sein du processus d'adolescence.....	563
	Contexte sociofamilial	564
	Génétique des syndromes dépressifs	565
	Biologie des syndromes dépressifs	565
	Thérapeutique et conduite à tenir dans la dépression de l'adolescent.....	565
Chapitre 56	Suicide à l'adolescence , par J.-Ph. RAYNAUD et S. BOURDET-LOUBÈRE.....	569
	De quoi parle-t-on ? Quelques définitions	569
	Quelques repères épidémiologiques	569
	Clinique du suicide à l'adolescence.....	570
	Comment estimer le potentiel suicidaire ?	570
	Qui sont les adolescents « à risque » ?	571
	Quels sont les facteurs précipitants les plus fréquents ?	571
	Prévention du suicide à l'adolescence : quelques pistes.....	571
	Prise en charge.....	572
Chapitre 57	Troubles du sommeil , par H. DESOMBRE et P. FOURNERET.....	573
	Rappel physiologique	573
	Clinique et nosographie.....	574
	Particularités chez l'adolescent.....	579
	Conduite à tenir	579
Chapitre 58	Troubles addictifs , par C. FARATE.....	584
	Concept et critères diagnostiques	584
	Épidémiologie des troubles addictifs	587
	Étiopathogénie et clinique	590
	Cadre et modalités de prise en charge	593

Chapitre 59	Pathologies du virtuel , par S. TISSERON	598
	Le virtuel, réel ou imaginaire à volonté	598
	Les espaces de vente aux enchères en ligne	600
	Les sites de rencontre en ligne	601
	Jeux vidéo : la question de l'addiction	602
	La « dyade numérique »	604
Chapitre 60	Psycho(patho)logie du virtuel quotidien chez l'enfant et l'adolescent , par Th. GAON et S. MISSONNIER	607
	Le virtuel, le réel et la réalité virtuelle	607
	Le virtuel : un nid pour l'humain ?	608
	Usages actuels des technologies numériques	609
	Psychologie du virtuel	611
	Psychopathologie du virtuel	615
	Propositions thérapeutiques	621
Chapitre 61	L'enfant dans la famille et la société : la situation transculturelle , par M.-R. MORO	625
	Éléments à prendre en compte dans toute situation médicale ou sociale concernant des enfants de migrants.....	625
	Quand référer en milieu psychiatrique ou en psychiatrie transculturelle ?	626
Chapitre 62	L'enfant et la mort , par D. OPPENHEIM	628
	La société dans laquelle vit l'enfant	628
	Les situations dans lesquelles un enfant peut être confronté à la mort.....	628
	Le concept de la mort chez l'enfant	628
	La mort dans le fonctionnement psychique de l'enfant et de l'adolescent.....	629
	L'enfant face à sa mort	629
	La confrontation à sa propre mort possible.....	631
	Les situations de sentiment de proximité avec la mort.....	632
	Le deuil.....	635
	Aider l'enfant à penser la mort, à s'y confronter	635
PSYCHIATRIE INFANTOJUVÉNILE EN EUROPE		
Chapitre 63	Italie , par G. FAVA VIZZIELLO et G. DISMAN	641
	L'histoire	641
	Lieux et modalités de la clinique	642
	Catégories professionnelles	643
	Services, fonctions et méthodologie.....	644
	Inclusion-intégration (stratégies d'intervention dans le domaine sanitaire, éducatif, social et d'assistance)	646
	L'inclusion dans des populations issues de flux migratoires	657
	Annexe : le registre national italien pour le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, par M. CARROZZI.	658
Chapitre 64	Espagne , par A. LASA ZULUETA.....	659
	Situation actuelle et quelques points saillants	659
	Aspects théoriques. Entre deux polarités : à propos de deux modèles de (non-)compréhension	660
	De la théorie à la pratique. De la compréhension à l'intervention thérapeutique	661
	Formation et titre de spécialité	663
	Associations professionnelles	664
Chapitre 65	Portugal , par M. J. GONÇALVES et A. CARREIRA.....	666
	Perspective historique	666
	Organisation actuelle des soins en pédopsychiatrie	667
Chapitre 66	Grèce , par H. LAZARATOU	677
	Historique	677
	Structures.....	677
	Soins	681
	Formation des pédopsychiatres et des psychologues	683
	Recherche	683

XVIII SOMMAIRE

Chapitre 67	Suisse , par J. MANZANO.....	686
	Développement historique	686
	Situation actuelle. Données statistiques et organisationnelles	687
	Tendances scientifiques et cliniques prédominantes	687
	Formation pré- et post-graduée et formation continue.....	688
	Perspectives.....	689
Chapitre 68	Grande-Bretagne , par A. BIFULCO et G. THOMAS.....	691
	Contexte	691
	Services de soins	692
	Modernisation des services	693
	Interventions précoces et soutiens familiaux (niveau 2)	693
	Traitement psychologique (niveaux 3 et 4)	694
	Travail multidisciplinaire.....	694
	Forces et faiblesses des services du CAMHS.....	694
	Annexe 1. Mesures concernant les services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent en Grande-Bretagne depuis 1989.....	697
eChapitre 3 ⁽³⁾	Services de santé mentale pour enfants et adolescents au Royaume-Uni : organisation et contexte légal , par A. GARCIA ROSALES	
Chapitre 69	Luxembourg , par C. FRISCH-DESMAREZ et J.-F. Vervier.....	698
	Contexte.....	698
	Historique de la pédopsychiatrie luxembourgeoise	700
	Pédopsychiatrie luxembourgeoise actuelle	701
	Structures existantes	702
Chapitre 70	Belgique , par J.-P. MATOT et D. DEBOUTTE.....	708
	Historique	708
	Description des dispositifs	709
	Identification des problèmes	715
	Réseaux de soins, soins en réseau.....	716
Chapitre 71	France , par M. BOTBOL et D. BRENGARD.....	718
	Secteurs de psychiatrie infantadolescente.....	719
	Établissements médicosociaux	721
	Dispositifs spécialisés relevant de l'Éducation nationale.....	724

THERAPEUTIQUE

Chapitre 72	Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent dans les pays européens , par C. FRISCH-DESMAREZ et S. FRISCH.....	729
	Perspective historique	730
	Évolution de la perception de la psychanalyse et évolution de la psychopathologie dans notre société actuelle.....	732
	Influence de facteurs externes	734
	Formation des psychothérapeutes	735
	Recherche clinique ou évaluation de l'efficacité	736
	De quelques « petites différences » nationales.....	738
	Quelle place pour l'AEPEA en Europe ?.....	740
Chapitre 73	Psychothérapies parent(s)-enfant , par B. GOLSE	742
	Remarques générales	742
	Psychothérapies conjointes d'inspiration psychanalytique.....	743
	Conquête ou dérive ?	744

(3) Les eChapitres sont accessibles gratuitement sur pedopsyurope.lavoisier.fr.

Chapitre 74	Traitements institutionnels , par J. HOCHMANN	748
	Traitements correctifs	748
	Traitements réparateurs	748
	Cure en institution	749
	Psychothérapie institutionnelle	749
	Polysémie du terme « institution »	751
	Cadre institutionnel	752
	Institution et narration	753
	Place de la psychothérapie individuelle	754
	Rapports avec les familles	754
Chapitre 75	Travail avec les parents et parentalité en psychiatrie infantile , par P. FERRARI	756
	Parenté et parentalité	756
	Parentalité et fonction parentale	757
	L'évaluation, moment diagnostique et déjà thérapeutique	757
	Le travail avec les parents	758
	Réparation du narcissisme de la parentalité et réinvestissement de la fonction parentale	759
	Les nombreux risques de ce travail	759
Chapitre 76	Nouvelles directions en thérapie familiale , par M. MALAGOLI TOGLIATTI, S. MAZZONI, A. LUBRANO LAVADERA et M. FRANCI	761
	Les pionniers de la thérapie familiale	761
	Processus relationnels familiaux et psychopathologie	762
	De l'évaluation à l'intervention thérapeutique : application du <i>Lausanne trilogy play</i>	764
	Efficacité de la thérapie familiale	766
Chapitre 77	Analyse de groupe et psychothérapie chez l'enfant , par P. PRIVAT et D. QUÉLIN-SOULIGLOUX	769
	Psychothérapie de groupe d'enfants : historique	769
	Fondement du cadre thérapeutique groupal	770
	Dispositifs groupaux	771
	Intervention groupale	772
	Le processus groupal à partir des groupes à l'âge de la latence	772
Chapitre 78	Thérapies cognitives et comportementales chez l'enfant et l'adolescent , par E. STEPHAN et J. BORTMANN	778
	Adapter les TCC aux enfants et aux adolescents	777
	Un outil thérapeutique général : les entretiens motivationnels	777
	Troubles anxieux phobiques chez l'enfant de 4 à 9 ans	778
	Phobie scolaire chez l'enfant de 9 à 16 ans	779
	Troubles obsessionnels-compulsifs	780
	Troubles du comportement sévèrement perturbateurs	781
Chapitre 79	Prise en charge de l'enfant autiste et psychotique , par P. FERRARI	784
	Thérapies institutionnelles d'inspiration psychanalytique	784
	Méthodes exclusivement éducatives	790
	Action auprès des parents d'enfants psychotiques	792
	Actions éducatives et rééducatives	792
	Pédagogie et scolarité	793
	Traitements médicamenteux	793
	Psychothérapies mère-nourrison	793
Chapitre 80	Repérage des troubles du langage , par C. RANTY	795
	Notions préalables	795
	Finalités	795
	Pratique et modalités	797
Chapitre 81	La consultation en pédopsychiatrie, une consultation thérapeutique , par P. FERRARI	800
Chapitre 82	Psychothérapie de l'enfant migrant , par M.-R. MORO	804
	Mille et une manières de se représenter les enfants : quelques idées utiles pour la pratique	804
	Pour une reconnaissance de la diversité et une pragmatique des métiçages : conduites à tenir	804

XX SOMMAIRE

Chapitre 83	Protection judiciaire et sociale de l'enfance en France , par M. BOTBOL, L.-H. CHOQUET et C. SZWED	807
	Dualités du modèle français de protection de l'enfance	807
	Protection judiciaire des mineurs	808
	Protection administrative ou sociale de l'enfant	814
	Cas particulier de la maltraitance à enfant	816
Chapitre 84	Urgence en pédopsychiatrie	821
	Crise psychopathologique et urgence en pédopsychiatrie. Réflexion clinique sur les concepts de crise et d'urgence, par P. FERRARI et M. SPERANZA	821
	Un service d'accueil d'urgence en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Réflexion sur une psychopathologie de la violence, par P. FERRARI et M. SPERANZA	823
Chapitre 85	Pédopsychiatrie de liaison. Pédiatrie et pédopsychiatrie , par P. FERRARI	827
	Équipe pédiatrique comprenant des « psy »	827
	Équipe pédiatrique sans « psy »	828
	Interventions auprès de l'enfant hospitalisé	828
	Accompagnement des enfants atteints de maladies létales	828
	Interventions auprès de la famille	829
	Contact avec le personnel soignant de pédiatrie	829
	Fonction de consultant	829
	Travaux de recherches communs	830
	Vers de nouvelles interrogations	830
Chapitre 86	Traitement médicamenteux	831
	P Place des thérapies psychopharmacologiques en psychiatrie de l'enfant, par P. FERRARI	(eChapitre 4 ⁽⁴⁾) 832
	Antidépresseurs, par B. LAUTH	839
	Antipsychotiques, par O. BONNOT, A. CONSOLI et D. COHEN	839
	Psychostimulants, par D. PURPER-OUAKIL	845
	Liste des principales abréviations	857
	Index	861

(4) Les eChapitres sont accessibles gratuitement sur pedopsyurope.lavoisier.fr.

Avant-propos

Comme pour donner corps à toutes les réflexions, à tous les travaux, à tous les débats qui se sont exprimés durant la dernière décennie, à l'intérieur de notre discipline à l'échelle de l'Europe, j'ai voulu avec Graziella Fava Vizzello, Michel Soulé et plusieurs de nos collègues, ce traité européen.

Notre Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (Aepea) a largement participé à ces débats et contribue aujourd'hui à cette réalisation éditoriale.

Mais bien sûr, ce projet ne pouvait se concrétiser qu'à travers de la collaboration et de la réflexion de tous ceux qui ont accepté de travailler à l'élaboration de ce projet. Qu'ils reçoivent nos remerciements pour le travail effectué qui trouve aujourd'hui son plein accomplissement.

La pédopsychiatrie publique en Europe a été à l'origine de la mise en place d'un véritable réseau de soins de proximité qui a peu d'équivalents hors de l'Europe, même s'il peut apparaître parfois encore insuffisant face à des besoins et à une demande croissants.

Pour la réalisation de ce traité, nous nous devons, bien sûr, de faire appel à des auteurs venus de différents pays de cet espace européen. Mais nous avons voulu aller plus loin et consacrer une partie de cet ouvrage à présenter les grandes orientations politiques en matière de santé mentale infantile dans certains pays européens et, parallèlement, à recenser et à décrire les caractéristiques des principales structures de soins de ces pays, pour en préciser la nature et la spécificité, tout en éclairant aussi les questionnements théoriques, inhérents à toute réflexion sur les pratiques pédopsychiatriques dans les lieux divers où celles-ci sont amenées à se déployer.

La pédopsychiatrie se situe résolument dans une perspective développementale et nous avons voulu dans ce traité préserver cette spécificité majeure de notre discipline. Ne pas seulement isoler et décrire des « maladies pédopsychiatriques », mais étudier l'enfant en sa qualité d'être psychique en développement, préciser les mécanismes sous-jacents qui commandent ce développement et en accompagnent les diverses trajectoires.

Dans cette perspective développementale, ce traité présente deux originalités.

- la première est de reconnaître une phase anténatale du développement, avec la mise en place du premier fonctionnement psychique et ses prémices : phase fœtale (M. Soulé) dont on peut décrire déjà certaines des caractéristiques, sensorielles, affectives, cognitives, etc. ;

- la seconde est d'introduire pour objet d'étude une « problématique intrapsychique » active au sein d'un secteur du développement pour en suivre le déroulement au sein du processus développemental : l'attachement, le sexuel, la parentalité, etc.

Par la place qu'il donne au développement et surtout, comme nous le verrons, à la compréhension psychopathologique, ce traité apporte un éclairage transnosographique sans pour autant négliger les classifications nosographiques internationales ou plus spécifiquement française, ou des classifications concernant plus précisément certaines affections (les autismes, par exemple) ou encore certaines modalités interactives chez le très jeune enfant.

Ces classifications permettent un repérage clinique précis des troubles de l'enfant et aident à établir les bases consensuelles, pour des cliniciens venus d'horizons théoriques différents, bases sur lesquelles ils pourront appuyer leur démarche diagnostique ou de recherche.

Les données épidémiologiques ainsi que les assises biologiques sur lesquelles s'appuient parfois certains troubles pédopsychiatriques occupent leur place légitime dans ce traité. C'est une large ouverture que nous avons laissée à ces données essentielles pour la compréhension des troubles, sans pour autant réduire cependant la spécificité du fait psychique et de sa pathologie à ses seules bases biologiques.

L'objectif thérapeutique est omniprésent dans toute la démarche de cet ouvrage, dans ses différentes modalités depuis les psychothérapies individuelles, familiales ou de groupe, les rééducations, jusqu'à l'utilisation des psychotropes. Sur ce dernier point, une information aussi objective et complète que possible dans ce domaine nous est apparue nécessaire : les nouvelles molécules mises au point, les nouvelles classes de psychotropes sont apparues, les nouvelles indications posées à partir de médicaments déjà existants se sont développées, enfin la question essentielle de la place d'un psychotrope dans une stratégie thérapeutique au long cours et de l'impact de celui-ci a été posée.

Préserver le caractère pluridisciplinaire de notre pratique a été un souci constant durant toute l'élaboration de cet ouvrage. Notre discipline possède cette spécificité propre : la mise en place d'une stratégie de soin autour de l'enfant est le fait du regroupement autour de lui et de ses parents, de l'éclairage pluridisciplinaire apporté par

XXII

AVANT-PROPOS

chacun des membres de cette équipe thérapeutique. La parole a ainsi été donnée à certains membres de ces équipes pour qu'ils puissent apporter leur propre vision à la compréhension de certains troubles de l'enfant.

La psychopathologie est omniprésente dans ce traité. Je reviens sur ce point un peu plus loin dans mon plaidoyer.

Ce traité, nous l'avons voulu comme la base d'un large forum de discussion, autour de la pédopsychiatrie et de ses approches actuelles dans leur diversité.

Les éditions Lavoisier ont ainsi mis à votre disposition un site d'échanges pour accueillir toutes vos réflexions, suggestions et débats sur tous les thèmes relatifs à notre spécialité. Que les éditions Lavoisier en soient chaleureusement remerciées.

Je tiens tout particulièrement à remercier Madame Béatrice Brottier, editrice, pour son accompagnement constant dans la réalisation de ce projet pour laquelle elle a fait preuve d'efficacité, d'initiative et d'une parfaite compréhension de l'esprit de ce traité.

Je remercie par ailleurs le Professeur Olivier Bonnot pour sa contribution à toutes les phases de l'élaboration de ce traité.

Pierre FERRARI

PLAIDOYER POUR LA PSYCHOPATHOLOGIE

Ce plaidoyer sera mis en débat sur le site du traité en vue d'un large échange des points de vue et des idées.

Je rappellerai la nature et les grandes caractéristiques de la psychopathologie de l'enfant et soulignerai l'importance de la prise en compte de cette dimension, tant dans la démarche diagnostique que thérapeutique auprès de l'enfant.

- La psychopathologie a pour objet d'étude les systèmes de représentations internes de l'enfant, leurs modalités d'organisation et de fonctionnement, la logique de leurs enchaînements et de leurs significations, la nature de la vie fantasmatique inconsciente et le poids de celle-ci, dans la structuration de ces représentations.
- La psychopathologie postule ainsi que tout enfant, quelle que soit la gravité de sa pathologie, est porteur d'une vie psychique propre et que sa maladie se situe à l'intérieur d'un système possédant sa cohérence interne et qui constitue un organisateur des modalités relationnelles de l'enfant.
- La psychopathologie met l'accent sur le poids de l'histoire individuelle et sur celui des contraintes du passé et de l'héritage transgénérationnel dans la genèse des troubles psychiques.
- La psychopathologie est aussi l'étude du lien interpsychique qui s'établit entre l'enfant et ses parents ou son entourage : nature des projections, des investissements, des scénarios fantasmatiques partagés entre eux.
- Si la psychopathologie n'a jamais la prétention de dire de façon simpliste la cause des affections psychiatriques, elle n'en accorde pas moins un rôle, dans le cours évolutif de l'affection et parfois dans son déterminisme, à ce qui se joue entre parents et enfants par la voie de ce lien.
- La psychopathologie replace l'enfant dans son contexte socio-éducatif. Elle prend en considération les multiples formes de carences du milieu social ou le poids des événements qui jalonnent la vie de l'enfant. Dans cette perspective, elle accorde cependant moins d'importance au caractère de stress de l'événement qu'à l'impact que revêt la signification de l'événement, dans le psychisme de l'enfant ainsi qu'à la manière dont celui-ci se réorganise au décours de ce vécu.
- La psychopathologie s'attache à replacer les troubles dans le cadre naturel de vie de l'enfant, son milieu socio-culturel et scolaire, d'une part, et son milieu familial, de l'autre, les troubles psychiques de l'enfant ne pouvant prendre sens que s'ils s'inscrivent dans le cadre du déroulement de l'histoire individuelle de l'enfant.
- La psychopathologie affirme l'existence d'une double continuité de la vie mentale :
 - continuité au sein de la vie psychique du sujet, entre le normal et le pathologique ;
 - continuité temporelle, essentielle dans la compréhension psychopathologique, soulignant le lien existant entre certains modes archaïques de relation ou certains vécus précoces et l'organisation mentale actuelle de l'enfant
- La démarche psychopathologique ne néglige pas les autres aspects des connaissances psychiatriques. Elle ne sous-estime pas l'intérêt des modèles issus des découvertes en neurosciences, en neuropsychologie cognitive ou en génétique. Pas plus qu'elle ne méconnaît l'intérêt du découpage nosographique, même si elle-même situe plutôt son mode de compréhension dans une perspective transnosographique qui l'amène à délimiter ses champs propres d'investigation et ses objets de connaissance.
- La psychopathologie n'est unifiable, ni sur le plan méthodologique, ni sur le plan épistémologique. Elle ne propose pas un modèle univoque de référence, fut-il psychanalytique. Dans son souci de préserver sa liberté de penser la vie psychique de l'enfant, la psychopathologie souhaite rester à l'abri des risques du dogmatisme et d'enfermement dans des théories figées qui viendraient invalider son action.
- La psychopathologie s'appuie résolument certes sur la théorie psychanalytique : sa conception de la vie psychique consciente et inconsciente, avec son organisation fantasmatique, ses angoisses spécifiques, ses systèmes défensifs.
- Néanmoins, il serait possible d'envisager en complémentarité des psychopathologies reposant sur des concepts issus de l'organisation cognitive ou culturelle de la vie mentale de l'enfant.
- La psychopathologie ne se situe pas en opposition à l'utilisation de médicaments psychotropes, mais demande à ce que cette utilisation ne vise pas à faire l'économie d'une analyse du fonctionnement psychique et de la prise en compte de cette analyse dans la mise en place des stratégies thérapeutiques. Elle refuse le primat du paradigme symptôme-médicament
- La psychopathologie se veut ouverte. Elle reconnaît la pertinence de certains modèles psychopharmacologiques qui peuvent offrir à la psychopathologie de nouveaux objets d'investigation.
- La psychopathologie est une pratique. Les modèles théoriques qu'elle offre prennent appui et nourrissent cette pratique. Elle permet ainsi à chacun de se faire une représentation personnelle de l'enfant, de ses inquiétudes, de ses attentes et de ses possibilités d'accueillir les apports thérapeutiques.

L'Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (Aepea), fondée en 1996, est née du souci de promouvoir un modèle de compréhension psychopathologique dans la pratique clinique et thérapeutique chez l'enfant ainsi que dans les recherches théoriques. Ce traité a été conçu en collaboration avec elle.

Pierre FERRARI

LES DIFFÉRENTS ASPECTS DU DÉVELOPPEMENT CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

PRINCIPALES THÉORIES DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

1 —

Mario SPERANZA et Pierre FERRARI

Le développement de l'enfant est un processus complexe de maturation et de transformation qui se déploie selon différents axes qui sont complémentaires et indissociables entre eux (psychomoteur, affectif et cognitif).

Il est important de préciser qu'il n'existe pas une théorie unique du développement de l'enfant. Toutes les théories existantes n'envisagent en effet le développement que selon certaines fonctions ou certains aspects qu'elles privilégient. Le découpage est arbitraire et ces approches sont complémentaires les unes des autres. Nous détaillerons dans ce chapitre plus particulièrement les théories du développement affectif de l'enfant et celles plus récentes du développement cognitif.

Le processus du développement dépend de deux séries de facteurs internes et interactifs. S'associe une évolution interne résultant d'un programme de développement caractéristique de l'espèce et inscrit dans le patrimoine génétique et une interaction avec le milieu qui permet l'expression des processus maturationnels. Pour tout enfant, le milieu dans lequel il vient à se trouver à la naissance est avant tout celui marqué par sa relation avec sa mère. Les recherches sur le développement psychologique de l'enfant ont montré que le nouveau-né possède dès la naissance des compétences relationnelles très importantes et l'on peut considérer le nouveau-né et sa mère comme un système interactif complexe. La qualité de ces premiers échanges est essentielle pour le développement ultérieur ; c'est à travers ses échanges avec sa mère que l'enfant s'ouvre au monde extérieur, développe ses capacités relationnelles et communicatives et exprime son potentiel évolutif.

Le psychanalyste anglais *John Bowlby* (1907-1990) [3], s'inscrivant dans une perspective éthologique, a focalisé son intérêt sur la relation d'attachement qui se développe entre l'enfant et sa mère. Il a montré les effets négatifs d'une déprivation affective sur des enfants institutionnalisés et manquant pour cette raison d'une figure maternelle stable. Ces effets ne sont pas seulement liés au manque de satisfaction des besoins primaires, mais surtout à la déprivation d'une relation affective stable avec une figure permanente. C'est par l'expérience d'un rapport intime, affectif continu avec la mère dans lequel chacun trouve satisfaction que l'enfant se développe. La qualité du lien mère-enfant est, par le biais de l'intériorisation, à la base de la vie émotionnelle que chaque individu développe dans sa relation avec les autres. Cette position s'inscrit dans les théorisations psychanalytiques sur le développement qui ont clairement souligné l'importance du lien avec la mère comme prototype de toutes les relations affectives successives. Elle fait

l'hypothèse que les éventuelles perturbations de ce lien peuvent être à l'origine de certains troubles de l'âge adulte. La conception de Bowlby insiste sur les prédispositions, probablement inscrites dans le patrimoine génétique, de tout nouveau-né à l'interaction sociale et à la création d'un rapport stable et durable d'attachement avec la figure maternelle. Il existerait des systèmes comportementaux génétiquement déterminés qui s'organisent au cours du développement précoce et qui auraient pour objectif de maintenir la proximité et le contact avec la mère.

Conceptions psychanalytiques du développement

L'une des principales contributions de la psychanalyse à la connaissance de l'individu a été de montrer l'influence des expériences infantiles sur le fonctionnement psychique à l'âge adulte. La psychopathologie adulte, expression de cette continuité évolutive avec l'enfance, peut ainsi être abordée en reconstituant les étapes du développement depuis ses origines infantiles ainsi que par la compréhension des répétitions de problématiques infantiles mises en jeu dans les mouvements transférentiels lors des thérapies. Sigmund Freud a découvert le rôle des expériences infantiles dans la genèse des troubles psychopathologiques et montré que la reconnaissance des processus psychiques infantiles peut conduire à la résolution de certains troubles psychopathologiques de l'adulte. Cela l'a conduit à œuvrer à l'élaboration d'une théorie du développement psychique infantile conçue comme une des bases de la psychanalyse qui s'est ainsi constituée, dès l'origine, comme une science du développement.

Selon la psychanalyse, le développement affectif peut être décrit comme une suite d'expériences libidinales satisfaisantes mais aussi souvent conflictuelles, liées à l'affrontement de désirs différents entre l'enfant et son environnement et à l'affrontement à l'intérieur du sujet lui-même de diverses exigences internes. L'organisation affective définitive est la conséquence directe des expériences du passé et de l'histoire personnelle de l'individu. Freud fut le premier à mettre en évidence les aspects évolutifs de la personnalité et à souligner l'importance décisive des premières années. Pour lui, la personnalité est quasi complètement formée à la fin de la 5^e année de vie, le développement suivant consisterait principalement à l'élaboration de cette structure.

L'étude du développement de l'appareil psychique [9] d'un point de vue psychanalytique prend en compte trois aspects :

- *l'aspect dynamique* met en évidence les inévitables conflits intrapsychiques entre les divers mouvements pulsionnels opposés inhérents au fonctionnement psychique. Il insiste sur la notion de *conflit*, essentielle tant dans sa dimension pulsionnelle (pulsions agressives, pulsions libidinales) que dans les défenses opposées à ses pulsions (refoulement, contre-investissement, etc.) ;
- *l'aspect économique* considère l'aspect quantitatif des forces en jeu ;

- *l'aspect topique* concerne les origines des forces en jeu (ça, moi et surmoi) et la nature des relations entre ces différentes instances. Globalement, le *moi* est construit progressivement par la recherche d'un équilibre défensif et adaptatif entre la réalité extérieure et les exigences pulsionnelles. Le *surmoi* apparaît durant la période édipienne lorsque les interdits parentaux sont intériorisés et deviennent une source de satisfaction par des identifications aux images parentales. Le *ça*, enfin, correspond au réservoir pulsionnel caractérisé par la présence de pulsions partielles imbriquées.

Le développement de la personnalité, selon Freud, passe à travers une série de phases ou *stades*, qui se caractérisent par une organisation des fonctions et par une modalité relationnelle spécifique. Après l'abandon de la théorie du traumatisme, les psychanalystes ont privilégié la notion de conflit lié à des stades du développement libidinal et à la nature des formations fantasmatiques inconscientes qui lui sont liées. Chez l'enfant, l'étude du développement de l'appareil psychique doit donc s'élargir à l'aspect génétique qui met l'accent sur l'évolution des instances psychiques et des conflits en fonction du niveau de développement atteint par l'enfant, c'est-à-dire en fonction du stade. Les expériences de la première enfance, notamment traumatiques, peuvent entraîner une fixation dans la phase du développement en cours et avoir ainsi des conséquences durables sur la personnalité. Dans cette perspective, les troubles de l'âge adulte peuvent être interprétés comme une régression à des points de fixation de certaines étapes du développement.

Deux notions sont centrales dans la théorie de Freud : la pulsion et le refoulement.

La *pulsion* est définie comme un processus dynamique consistant en une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but. Elle a sa source dans une excitation du corps créant un état de tension qu'elle va tendre à supprimer. Freud décrit deux grands types de pulsions :

- les pulsions sexuelles qui, malgré leur nom, ne se réduisent pas aux activités de l'appareil génital. Elles témoignent de la libido qui se manifeste de multiples façons tout au long du développement et investit dans l'enfance des zones privilégiées du corps, dites zones érogènes, avant de se centrer sur le domaine de la sexualité génitale adulte ;
- les pulsions agressives, qui se manifestent sous forme d'agression ou de destruction.

La notion de *refoulement* est essentielle à la conception freudienne de la vie psychique. Il s'agit d'un processus psychique universel à l'origine de la constitution de l'inconscient. C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations liées aux pulsions (images, pensées, souvenirs), représentations dont l'évocation dans la conscience serait source d'affects pénibles désagréables.

Freud a déterminé des *phases du développement libidinal* (orale, anale, phallique, génitale, période de latence, adolescence). Chaque phase correspond à une modalité d'organisation de la pulsion, à des zones érogènes particulières, à des fantasmes inconscients et des conflits intrapsychiques. Se déterminent ainsi progressivement des modalités de relation d'objet et, finalement, des modes d'organisation de la personnalité. Ces phases, organisations internes inconscientes se déroulent de la naissance à l'adolescence suivant une certaine succession chronologique. Elles n'ont pas les mêmes caractères que les stades piagétiens fixes, structurels et intégratifs. Un certain va-et-vient peut s'observer entre elles ainsi que l'existence de points de fixation antérieurs qui sont le résultat d'un investissement particulier de l'enfant. Cette théorie considère qu'il peut exister des mouvements progressifs et régressifs du développement chez les enfants, mouvements probablement nécessaires à leur maturation, ainsi que des chevauchements dans les différentes phases du développement affectif. Il peut même exister une certaine anarchie dans l'ordre d'investissement des zones érogènes et dans la succession des phases de développement, ce qui caractérise certains développements pathologiques comme, par exemple, chez des enfants psychotiques. La théorie développementale tient compte des raisons constitutionnelles relatives au schéma de maturation des pulsions, mais aussi aux éléments biographiques et surtout aux modalités relationnelles qui peuvent favoriser certaines fixations ou régressions.

Première enfance

Les *18 premiers mois* sont d'une importance capitale pour le devenir affectif de l'enfant. Les intérêts du nourrisson sont en nombre limité, toujours centrés sur la zone orale et les soins alimentaires. C'est la phase orale. Les plaisirs et les tensions du nourrisson sont liés en grande partie aux insatisfactions et aux besoins oraux et digestifs. Durant cette période le sentiment de plaisir est lié à l'absorption alimentaire, mais aussi au fonctionnement de la seule zone orale et aux premiers fantasmes qui commencent à accompagner celui-ci.

Durant les premières semaines, il n'existe pas pour l'enfant de distinction claire entre le sujet et le monde extérieur. Il n'existe qu'une alternance d'états de tensions et de bien-être. Moi et objet ne sont pas encore clairement différenciés. La genèse de la relation objectale est progressive. Plusieurs auteurs ont abordé cette phase selon des points de vue différents.

R.A. Spitz (1887-1974) [21] a privilégié l'étude des phases précoces du développement de l'enfant. Il a tenté de théoriser l'établissement de la relation objectale à partir d'un stade pré-objectal (sans objet, où il n'y a pas de séparation entre pulsion et objet et pas d'activité psychique spécifique) jusqu'à un stade de l'objet libidinal proprement dit, où l'objet externe est reconnu comme différent de soi et investi pulsionnellement en passant par le stade précurseur de l'objet.

R.A. Spitz introduit la notion issue de l'embryologie d'« organisateur ». Il indique par là qu'il existe des processus psychiques fonctionnant en profondeur, non directement observables mais repérables en surface sous la forme d'indicateurs. Il distingue trois indicateurs et trois étapes :

- le sourire au visage humain, apparaissant habituellement vers 2 à 3 mois, qui témoigne que le bébé investit et reconnaît une forme humaine en entrant en interaction avec lui et provoquant sa réponse (*Gestalt*) ;

- L'angoisse de l'étranger du 8^e mois qui correspond à l'installation intrapsychique de la représentation mentale de la mère et de sa différenciation avec un étranger ;
- l'apparition du non vers le 18^e mois qui signe l'accession à une totale distinction d'avec la mère.

M. Klein (1882-1960) [12] a tenté d'élaborer une conception théorique du développement précoce de l'enfant à partir de l'analyse de la vie fantasmatique d'enfants et de certaines angoisses d'enfants psychotiques en traitement. Elle prête à l'enfant une vie mentale très précoce. Elle distingue :

- une position dite *schizoparanoïde* où l'enfant n'a pas de relation avec les personnes en tant que telles, mais seulement avec des objets partiels (seins). L'enfant vivrait alors dans un monde clivé. L'agressivité serait projetée sur le sein maternel lequel deviendrait le sein persécuteur (mauvais objet) qui semblerait menacer l'enfant. La libido serait également projetée sur un objet extérieur, pour créer un objet idéal, le bon sein ;

- une position dite *dépressive* qui succéderait à la première au cours du deuxième semestre. L'enfant, par intégration des bons et mauvais objets, parviendrait à la représentation d'un objet total et à la reconnaissance de la mère comme personne totale. L'angoisse persécutive de la phase précédente est remplacée par une angoisse entièrement centrée sur la crainte que ces pulsions destructives pourraient détruire l'objet qu'il aime et dont il se sent totalement dépendant.

La phase dépressive détermine pour M. Klein une phase charnière du développement de l'enfant, où celui-ci atteint une capacité d'élaboration de la perte et de la séparation.

M. Malher (1897-1985) [13, 14] s'est proposé de décrire, dans une perspective génétique, le processus de séparation/individuation de l'enfant par rapport à sa mère. Selon elle, l'enfant part d'une phase autistique normale dont l'existence est actuellement contestée. Il passe ensuite par une phase symbiotique (vers 2 à 12 mois) où le bébé et la mère se vivent comme distincts l'un de l'autre, mais à l'intérieur d'une enveloppe commune donnant au bébé l'illusion de toute-puissance. Il aboutit enfin à une phase de séparation/individuation de 8 mois à 3 ans par rupture de l'unité symbiotique et par l'éclosion, hors de cette sphère, de l'enfant qui investit des appareils autonomes du self et du moi tels que la locomotion, la perception et les apprentissages. M. Malher insiste sur le processus de séparation/individuation et aussi sur le fait qu'il existe, dans ces processus d'individuation, des moments de régression marqués par la crainte de l'enfant de perdre son objet libidinal interne.

A. Freud (1895-1982) [6, 7] a développé le concept de ligne de développement qui tient compte à la fois des critères métapsychologiques, mais aussi des différentes tâches auxquelles est confronté l'enfant. Ces lignes de développement se définissent comme des types d'activités qui se poursuivent tout au long des années et évoluent selon des modalités assez régulières d'une étape à l'autre avec, à chaque étape, un nouvel équilibre pulsionnel et structurel. À l'ontogenèse des fonctions métapsychologiques se substitue une ontogenèse des conduites concrètes de l'enfant dans leurs rapports avec les données métapsychologiques.

A. Freud distingue ainsi six grands axes d'activité de l'enfant, développés dans un continuum d'action : de la dépendance à l'autonomie, de l'allaitement à l'alimentation rationnelle, de l'incontinence au contrôle sphinctérien, de l'insouciance aux soins du corps, de l'égoïsme à l'altruisme et du jeu au travail.

Cette théorie du développement a l'intérêt de juger la qualité

du développement sur l'observation des tâches réelles en rapport avec l'environnement et non sur la seule maturation des fonctions métapsychologiques et des pulsions. Elle souligne également la relativité de la notion d'harmonie du développement et introduit la notion de dysharmonie entre les structures de développement qui n'évoluent pas toutes de façon uniforme. La normalité ne tient pas à l'homogénéité mais, au contraire, à la diversité des progrès. A. Freud substitue à la notion de régression pulsionnelle celle de régression partielle sur telle ou telle ligne du développement. Ainsi certains symptômes peuvent-ils apparaître comme des particularités régressives le long d'un axe de développement semblant satisfaisant dans son ensemble. Cette approche a remis en question l'appréciation des critères du normal et du pathologique dans le développement et permis d'étudier les conduites concrètes en même temps que les dynamiques psychiques inconscientes.

Les apports de D.W. Winnicott (1896-1971) [27, 28], psychanalyste anglais de formation pédiatrique, occupent une place originale dans la psychanalyse infantile. Ces conceptions théoriques, qui échappent à tout enfermement dogmatique, reflètent une vision du développement nourrie par la pratique clinique des consultations avec les jeunes enfants et leurs mères.

Partant des observations sur le lien de dépendance du nouveau-né, Winnicott considère qu'au début de la vie, un nouveau-né ne peut pas exister sans sa mère et sans les soins qu'elle lui apporte. Le potentiel inné de l'enfant ne peut s'exprimer que grâce aux soins de la mère. Cela implique que la mère centre, durant les premières semaines de la vie de l'enfant, tous ses investissements sur le bébé auquel elle s'identifie complètement. Cette condition psychique que D.W. Winnicott appelle *préoccupation maternelle primaire* et qui ressemble à une véritable « maladie normale » permet à la mère de répondre et de s'adapter à tous les besoins de son enfant avec une sensibilité extrême. Cette attitude de la mère qui se développe pendant la grossesse permet à l'enfant de faire l'expérience d'une continuité rassurante et d'investir son soi sans danger. À travers la *fonction de miroir* que la mère offre à son enfant dans les échanges relationnels, une distinction soi/non soi s'amorce.

Plus tard, la mère sort de la condition psychique de préoccupation maternelle primaire. Elle accepte progressivement de ne pas être totalement gratifiante pour devenir une *mère suffisamment bonne*, c'est-à-dire une mère qui présente des manques occasionnels jamais plus grands que ceux que l'enfant est en mesure de supporter.

D.W. Winnicott différencie dans la fonction maternelle trois rôles qu'il définit en anglais sous les termes de *holding*, *handling* et *object presenting*.

Le terme *holding* fait référence au portage de l'enfant sur le plan physique, mais également sur le plan psychique. Il s'agit d'un soutien et d'un maintien de l'enfant inclus au début dans le fonctionnement psychique de la mère. C'est une contenance physique et psychique qui permet l'établissement d'un sentiment d'unité de soi.

Le terme *handling* renvoie aux manipulations du corps et aux différents soins apportés par la mère (le changer, le laver, le toucher). Cette fonction a pour effet de permettre à l'enfant de lier son vécu corporel à son vécu psychique et elle participe ainsi à la structuration du fonctionnement mental.

L'*object presenting* fait référence à la capacité de la mère de mettre à la disposition de l'enfant les objets au moment opportun. Ce n'est ni trop tôt, ce qui enlèverait à l'enfant la possibilité

de faire l'expérience du besoin, puis du désir et représenterait une interruption contre laquelle il devrait se protéger en développant un faux self. Ce n'est pas non plus trop tard, ce qui conduirait l'enfant à supprimer son désir et à se soumettre passivement à l'environnement pour se protéger du besoin et de la colère. Par une présentation au moment opportun, l'enfant peut éprouver un sentiment de toute-puissance en ayant l'impression d'avoir lui-même créé l'objet de son désir.

La mère suffisamment bonne est la mère ajustée à l'enfant dans le respect de leurs altérités respectives. L'enfant développe alors un sentiment de toute-puissance qui transforme un environnement suffisamment bon en un environnement qu'il considère parfait. Cela lui permet d'intégrer la psyché à son corps dans une unité somatopsychique, base d'un soi authentique. Parallèlement, devant les frustrations inévitables dues aux carences de la mère, l'enfant éprouve une désillusion limitée qui lui est nécessaire et à laquelle il s'adapte à travers le développement des phénomènes transitionnels.

Les *phénomènes transitionnels* sont capitaux. C'est d'abord le choix par l'enfant d'un objet transitionnel entre 4 mois et 1 an. À cette période, les enfants élisent un objet type peluche, mouchoir, pour sa douceur et pour ce qu'il leur renvoie de ses liens affectifs et sensoriels à sa mère. Cet objet, qui n'est ni totalement interne, ni totalement externe, appartient au monde de la réalité, mais également à l'univers personnel de l'enfant. Il accompagne le développement de l'enfant, lui permettant de gérer les séparations et de renforcer son sentiment de soi. Plus globalement, une *aire transitionnelle* se construit progressivement comme un lieu où l'imaginaire de l'enfant peut se développer autour d'un sentiment de toute-puissance nécessaire et où la créativité de l'enfant peut s'exprimer.

Le jeu participe de cette dynamique. Pour D.W. Winnicott, le jeu est un moteur irremplaçable du développement de l'enfant, car il lui apporte à la fois un espace pour assouvir sa curiosité dans une dimension sublimatoire et un lieu d'autonomisation progressive valorisé par ses parents où la socialisation intervient rapidement.

Une place particulière est occupée également plus récemment par D. Stern [22] qui, avec une méthodologie de recherche fondée sur l'observation directe de l'enfant, a définitivement montré le caractère décisif des interactions précoces du nouveau-né avec son entourage au sein de la dyade mère-enfant, de la triade avec le père et de la dyade père-enfant. À travers le développement des séquences comportementales réciproques qui s'organisent dans les premiers mois de vie, se crée ce que D. Stern appelle l'*accordage affectif* ou syntonisation affective. Le nouveau-né et ses parents fondent leur comportement dans une « danse interactive », complexes échanges réciproques et rythmés qui permettent de communiquer les états affectifs. Cet accordage s'accompagne d'un plaisir partagé entre la maman et l'enfant à la base de toute autre relation partagée. Ces compétences interactives participent au développement du lien d'attachement entre la mère et le bébé. Cela permet à ce dernier d'utiliser la relation comme moyen de régulation de ses états physiologiques, psychologiques et affectifs et de construire un sens de soi plus solide. Il peut utiliser sa mère comme base sécuritaire d'où il peut se déployer.

Dans la théorisation de D. Stern, la notion de *self* devient centrale comme organisateur du développement et également l'étude des modalités interactives de transmission des états mentaux dans tous leurs aspects comportementaux, affectifs, fantasmatiques.

Les 2^e et 3^e années

Des intérêts nouveaux se manifestent durant cette période, centrés sur l'évacuation anale et urétrale. C'est la période de l'acquisition du contrôle sphinctérien volontaire. Tout ce qui tourne autour de cette évacuation sphinctérienne et de son éducation prend une grande place au sein de la relation de l'enfant à sa mère.

L'enfant est l'objet d'une contrainte venant de la mère qui devient à son tour objet de maîtrise. La relation d'objet de ce stade est marquée par l'ambivalence et par une série de double polarité. Elle est également caractérisée par une dimension agressive nette dans les conduites d'opposition vis-à-vis de la mère.

Durant cette période, le moi de l'enfant émerge de plus en plus nettement. Il se renforce grâce à une meilleure représentation de soi et de l'image du corps et grâce aux premières identifications et aux premières opérations défensives du moi. Cette période est également celle de l'acquisition du non (18 mois) et de l'acquisition et de la maîtrise du « je », ce qui signe un renforcement de la subjectivation.

De la 4^e à la 6^e année

Durant cette période, la zone génitale proprement dite commence à devenir la zone érogène dominante. Cette étape a reçu le nom de stade phallique. Les organes sexuels deviennent source d'excitation. Mais c'est surtout l'époque de la reconnaissance des sexes, et la relation d'objet est marquée de façon déterminante par l'apparition de la situation œdipienne. De quelle qu'elle était, la relation devient franchement triangulaire.

L'enfant est amené à mieux percevoir les échanges entre son père et sa mère et les liens qui les unissent. Ce que Freud [9] a appelé le *complexe d'Œdipe* est l'ensemble organisé de ses désirs amoureux à l'égard du parent de l'autre sexe et de ses sentiments hostiles envers le parent du même sexe. Toute la dynamique affective intrafamiliale est remaniée, marquée du sceau d'un interdit – l'interdit de l'inceste –, commun à toutes les sociétés humaines.

Chez le garçon, l'attrait érotisé pour la mère s'accompagne d'une hostilité à l'égard du père. Une telle situation entraîne chez le garçon diverses craintes, notamment une angoisse de perdre son pénis (angoisse de castration) qui apparaît, dans l'imaginaire de l'enfant, comme une punition venue du père par rapport aux désirs incestueux de l'enfant. Une telle angoisse de castration s'étaye sur diverses menaces parentales et sur la constatation de l'absence du pénis chez la petite fille.

Chez la petite fille, la constatation de l'absence du pénis, qui peut être ressentie par elle comme un manque douloureux, la pousse à se dégager de sa mère. Les relations avec ses parents en sont modifiées, la mère est perçue à la fois comme un personnage dévalorisé et comme une rivale auprès du père, envers lequel la petite fille a des sentiments de plus en plus positifs.

C'est par une identification au parent du même sexe que l'enfant sortira du conflit œdipien. Le petit garçon est amené à s'identifier à certains aspects de son père, rival heureux, et à abandonner son projet de séduire sa mère. De même, la petite fille sera amenée à se rapprocher de sa mère et à s'identifier à certaines de ses conduites.

Durant toute cette période, l'organisation de la personnalité subit de profonds remaniements. Les mécanismes de défense du

moi contre l'angoisse se mettent en place. C'est à cette période que l'enfant se reconnaît comme un être sexué. Par ailleurs, le surmoi, produit de l'intériorisation des interdits parentaux, se développe et devient source de culpabilité. Il assume l'héritage du complexe d'Œdipe dans la mesure où il assure une intériorisation de l'interdit de l'inceste. Enfin, l'idéal du moi se forge et va devenir un modèle intérieur auquel le sujet tentera de se conformer.

De 6 ans à la puberté ou période de latence

Durant cette période, les manifestations les plus bruyantes de la vie affective s'atténuent sans disparaître pour autant. Les intérêts et les jeux à caractère sexuel prennent une allure plus socialisée et s'accompagnent de demandes d'informations dans le domaine de la sexualité.

On assiste cependant à un certain désinvestissement du conflit œdipien au profit de nouvelles activités : développement intellectuel, acquisition de connaissances scolaires et extrascolaires, apprentissages divers.

Les relations d'objet se diversifient en s'étendant hors du secteur familial. Parallèlement, les relations avec les parents perdent une partie de leur importance et se modifient. L'hostilité s'atténue tandis que l'attachement incestueux est remplacé par l'affection. Durant cette période le psychisme de l'enfant subit de profonds remaniements. Le moi se renforce, il perçoit mieux la réalité, exerce de mieux en mieux ses capacités de raisonnement et d'opération logique. Les deux processus de refoulement et de sublimation acquièrent une importance particulière et conduisent aux dynamiques d'apprentissage et de curiosités de cette période. Le refoulement porte sur les représentations mentales liées à la sexualité et aux conflits œdipiens, il explique l'amnésie de l'adulte sur cette période. Quant à la sublimation, elle autorise la déssexualisation des pulsions et leur orientation vers des buts non proprement sexuels et chargés de valeur sociale (scolaires, professionnels, etc.).

L'adolescence

C'est une nouvelle période critique, marquée par l'avènement de la sexualité génitale. Des facteurs biologiques, socioculturels et psychologiques se combinent pour donner lieu aux transformations de l'adolescence.

- Au *niveau biologique*, c'est la puberté, marquée par le développement des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires et dont témoignent l'apparition des règles chez la jeune fille et des premières excitations chez le garçon.

- L'adolescence est aussi un *phénomène social* dans la mesure où le sujet acquiert à la fin de cette période un statut social, professionnel et familial qui lui confère une autonomie réelle.

- Du *point de vue psychologique*, l'adolescence se caractérise par l'accès à la maturité intellectuelle, à la maîtrise de la pensée formelle ainsi que par un profond bouleversement affectif.

La poussée pulsionnelle à l'adolescence est intense et conduit à de nouveaux intérêts dans le domaine sexuel. L'accès à une relation hétérosexuelle, selon un mode adulte assumé et sans conflit, sera généralement long et conflictuel. Durant une certaine période, la masturbation est la seule forme d'activité sexuelle possible, mais elle est vite source de culpabilité et d'insatisfaction.

- Les *relations avec l'entourage parental* sont totalement bouleversées. Elles sont empreintes de la révéissance des conflits œdipiens et de son angoisse spécifique. Au cours de la période de l'adolescence, le sujet se trouve confronté à la nécessité de prendre ses distances vis-à-vis du milieu familial en vue d'accéder à l'autonomie, à l'indépendance, ce qui nécessite d'orienter ses intérêts sexuels hors du milieu familial. Cela ne se fait pas sans difficultés et le danger est double entre une soumission et une dépendance familiale aliénante et une rupture brutale qui ne s'accompagnerait pas d'un véritable dégagement psychologique vis-à-vis des images parentales. Le désir de l'adolescence d'assurer une distanciation d'avec ces relations objectives conflictuelles peut conduire à des attitudes d'opposition bruyantes vis-à-vis des parents ou à des ruptures brutales avec eux.

- Enfin, au cours de cette période les *préoccupations narcissiques* sont également importantes, centrées essentiellement sur le corps et sur le corps sexué. L'adolescent est confronté à la nécessité de trouver sa propre identité et à une série d'interrogations anxieuses sur lui-même et son identité. Qui suis-je ? Je deviens qui ? D'identifications en oppositions, l'adolescent finira par se définir et se trouver.

Avant de conclure, nous évoquerons certains travaux et certains auteurs qui ont contribué par leurs recherches plus récentes à une meilleure compréhension du développement et à une modélisation théorique de certains aspects du fonctionnement et du développement psychique chez l'enfant. La plupart se sont intéressés aux tout premiers stades du développement psychique ; les uns dans une perspective psychanalytique, d'autres dans une perspective plus cognitive.

Psychanalystes post-kleinien et fonctionnement psychique de l'enfant autiste

Donald Meltzer [15]. Cet analyste n'a pas précisément élaboré une théorie du développement de l'enfant, mais ses différents travaux, à partir de la psychothérapie d'enfants autistes, l'ont amené à dégager certains aspects du fonctionnement psychique chez ces enfants et à penser que certains concepts mis à jour pourraient trouver leur place dans la compréhension des premières étapes du développement psychique normal. Nous rappellerons ici quelques-uns de ces concepts

- Importance de la sensorialité et de l'*autosensorialité*. Les premières stimulations sensorielles sont vécues dans une relation d'identité entre l'objet stimulant et la zone corporelle ainsi stimulée. L'auteur a décrit sous le terme de « démantèlement » l'état de l'enfant autiste ainsi accroché à des stimuli sensoriels dissociés, « défailances de la consensualité » qui aboutit à ce que les différents sens s'attachent de façon dissociée à l'objet le plus stimulant du moment. Le self est alors réduit à une multitude d'événements unisensoriels qui ne peuvent alimenter un fonctionnement psychique normal. Il n'est donc pas disponible pour la mémoire et la pensée. Cela aboutit à une mise hors circuit des représentations fantasmatiques.

- Notion de *dimensionnalité* dans le fonctionnement psychique. D. Meltzer, à propos de ces études sur le développement

des fonctions psychiques chez l'enfant autiste, distingue plusieurs états de celui-ci :

- la *unidimensionnalité*. Le self de l'enfant est vécu comme dépourvu d'enveloppe et d'intérieur, susceptibles d'abriter des processus mentaux. Il s'expérimente comme une pure surface sensible dans un monde unidimensionnel ;

- la *bidimensionnalité*. Elle est marquée par une réaction de collage à l'objet avec lequel le self se vit en continuité. C'est le mécanisme de l'identification adhésive décrit par Esther Bick, mécanismes de collage à l'objet visant à abolir toute discontinuité et toute séparation entre le self et l'objet, marquant chez l'enfant autiste son intolérance à la séparation, visant à s'attribuer le fonctionnement de l'autre sans le reconnaître dans son existence, sans mettre en œuvre les fonctions du moi. C'est une relation circulaire au temps ;

- la *tridimensionnalité*. Elle est marquée par l'introjection d'une fonction contenante (peau psychique permettant à la fois de déterminer l'intérieur du self et de délimiter la frontière entre le self et l'objet). Des mouvements identificatoires se font entre le self et l'objet à l'aide du processus d'identification projective tel que décrit par M. Klein. Ce stade dans l'évolution de la psyché est contemporain de l'investissement et de la maîtrise des offices du corps et de l'attitude ;

- la *quadrimensionnalité*. Elle est marquée par la différenciation définitive du self par rapport à l'objet, la reconnaissance de la vie intérieure du self et la reconnaissance du monde intérieur de l'objet. C'est une relation linéaire au temps.

Frances Tustin [25]. Cet auteur d'origine anglaise, proche des travaux de D.W. Winnicott, W. Bion et D. Meltzer, a consacré son œuvre au problème de l'autisme – à sa théorisation et à sa thérapeutique, plus spécifiquement à la psychothérapie des enfants autistes. Certains aspects de sa théorie s'inscrivent dans une perspective développementale. L'auteur a ainsi décrit un autisme primaire normal et un autisme primaire anormal (ce dernier comme prolongation du précédent en lien avec des carences dans le maternage).

En fait, le concept d'autisme primaire comme étape première du développement n'a généralement pas été retenu depuis la reconnaissance de l'importance des interactions précoces chez le nourrisson avec son entourage. Cependant, le concept associé d'*autosensualité* peut, lui, être retenu, conçu chez l'enfant autiste comme mécanisme de dissociation des perceptions et d'investissement pulsionnel érotique de celles-ci, processus prénarcissique, antérieur à un investissement narcissique du moi.

Les *trous noirs* de la psyché, séparation avant l'heure venant rompre l'illusion d'une continuité corporelle mère-enfant, est analogue à la dépression psychotique de D.W. Winnicott, « perte de l'objet et perte d'une partie du sujet que l'objet perdu entraîne avec lui ».

Wilfred Bion [1, 2]. Né en Indes, médecin, psychiatre et psychanalyste d'inspiration kleinienne, W. Bion a avancé des idées très novatrices en psychanalyse dont nous ne pouvons donner ici qu'un rapide aperçu.

- Analyse de la genèse des *processus de pensée*. C'est l'un des grands mérites de l'auteur d'avoir proposé une théorie des processus de pensée et de leur mise en place à partir de cette barrière de contact dont il postulait l'existence commune, sorte de membranes et contenant les phénomènes psychiques internes, tout en leur assurant un contact contrôlé avec la réalité externe. Cette

barrière permettrait le contact avec cette réalité, mais empêcherait aussi que celle-ci soit envahie par les phénomènes psychiques et émotionnels venus de l'intérieur.

- *Fonction alpha*. Cette fonction est à l'origine de la production d'éléments alpha. Elle permet à l'enfant, à partir de ses expériences sensorielles venues de son champ perceptif ou émotionnel, de transformer ses expériences, et ce grâce au symbolisme qui caractérise la fonction alpha, capacité de donner sens à toutes ces expériences, permettant ainsi de les enregistrer et de les élaborer, au sein des processus de pensée et de mémoire, permettant aussi dans un second temps que certains des processus de pensée puissent subir un reflux et passer dans le registre inconscient.

Les expériences sensorielles et émotionnelles qui ne peuvent être transformées en éléments alpha deviennent les *éléments « bêta »*, qui ne peuvent être intégrés au fonctionnement psychique, devenant, selon l'expression de l'auteur, les « choses en soi » destinées à être évacuées hors du sujet par des mécanismes d'identification projective pathologiques. Ces derniers processus seraient caractéristiques des états psychotiques. La psychose serait donc en lien avec des défaillances de cette fonction alpha.

Il faut rappeler que la fonction alpha de l'enfant serait en lien avec la capacité de la mère à accueillir les premières expériences sensorielles et émotionnelles de l'enfant et avec la capacité de réverie maternelle à transformer ces projections en pensée de rêve.

- *Identification projective pathologique*. Processus essentiellement rencontré dans les processus psychotiques et qui, par expulsion de la psyché de tout phénomène de frustration, affect pénible et douloureux, aboutit à la production d'*objets bizarres*, parties projetées de sa personnalité, fragments de celle-ci faisant retour dans le sujet. Cette partie projetée s'incruste comme des *choses en soi* dans des objets du monde et reviennent alors comme élément persécuteur du sujet.

W. Bion a créé et formalisé le concept d'*appareil à penser les pensées* dans la formation duquel la psyché maternelle, sa capacité de réverie et de contenance des premières projections sensorielles et émotionnelles de l'enfant ont un rôle capital.

Il faut enfin signaler l'importance accordée par W. Bion à l'attaque contre les liens du processus de pensée, à la notion de contenance des phénomènes psychiques et des interrelations entre contenant et contenus psychiques.

Développement et intersubjectivité

Ce chapitre sur les principales théories du développement de l'enfant ne peut se terminer sans évoquer la place centrale occupée ces dernières années par le débat sur la notion d'*intersubjectivité* et par les théorisations sur le développement précoce des capacités sociocognitives de l'enfant, en particulier la *théorie de l'esprit* et l'*empathie*. Ce débat s'est surtout centré sur la question de la période d'apparition de l'intersubjectivité, capacité présente dès la naissance chez le bébé, pour certains, ou résultat secondaire d'un complexe travail d'apprentissage, pour d'autres. Par intersubjectivité, on fait référence ici à la capacité de deux individus à partager des états mentaux subjectifs mais aussi, de manière plus générale, à la construction d'un espace psychique partagé qui résulterait de l'interaction entre deux univers expérientiels différents et séparés [23]. L'expérience émotionnelle, en particulier, serait le

paradigme de cet espace psychique partagé qui ne pourrait se former qu'à l'interface des univers subjectifs.

Ce débat sur la nature primaire ou secondaire de l'intersubjectivité peut être également lu du point de vue de la primauté qui existerait entre le développement de l'intersubjectivité, d'un côté, et le développement d'un sens de soi, de l'autre : le bébé doit-il posséder un sens de soi suffisamment différencié et constitué pour pouvoir faire l'expérience du contact mental avec l'autre ou, au contraire, est-ce justement l'expérience du rapport à l'autre qui serait à l'origine du sentiment de soi ? Le concept du soi apparaîtrait être le point de contact autour duquel s'unifieraient les expériences sociales et subjectives de l'enfant.

Pour D. Stern [22], par exemple, l'existence d'un sentiment précoce de soi serait un élément central dans le développement psychique et social du bébé dans la mesure où la manière avec laquelle le bébé fait l'expérience de soi en rapport aux autres lui offre une perspective essentielle à travers laquelle organiser son expérience sociale. Mais ce sentiment précoce de soi, cette conscience élémentaire, ne se situerait pas au niveau de la conscience mais au niveau de l'expérience directe. Il s'agirait d'un modèle invariant de conscience qui ne surgirait qu'à l'occasion des actions ou des processus mentaux du nourrisson, une expérience subjective et organisatrice qui sera seulement ultérieurement nommé le soi. La pleine intersubjectivité ne se développerait que plus tard avec le développement d'un sentiment élaboré de soi avec une conscience des ses propres états mentaux et de la possibilité de les partager avec les autres.

Pour A. Fogel [4], au contraire, c'est grâce à l'expérience de l'intersubjectivité qu'un sentiment de soi primaire peut se développer de manière plus élaborée, car l'expérience de communication co-régulée avec l'adulte, même dans ses formes les plus précoces, constituerait une source particulièrement riche d'informations sur le soi en relation aux autres. Il s'agirait du développement d'un sens de soi en tant que co-agent, mais aussi du repérage d'informations sur l'état de son propre corps et des sensations expérimentées dans la relation à l'autre. C'est dans le développement de ce sens de soi relationnel que la capacité maternelle à réfléchir les émotions du bébé jouerait un rôle fondamental.

C. Trevarthen [24] radicalise cette position en affirmant que le soi est généré dans l'intersubjectivité. Il existerait une conscience immédiate d'être avec l'autre qui serait présente dès la période néonatale, conscience reliée à la motivation innée de l'être humain à entrer en contact avec les intentions et les émotions des autres. Ce soi interpersonnel qui se développe dans l'expérience de l'intersubjectivité organiserait le développement cognitif du bébé avant même que celui-ci n'ait acquis le contrôle sur les objets par l'action ou la motricité et constituerait les fondements du développement mental de l'enfant et de sa prédisposition plus générale à l'apprentissage culturel. C. Trevarthen conçoit donc l'intersubjectivité comme un système de régulation global, comme une structure organisatrice des acquisitions cognitives ultérieures, dont la théorie de l'esprit.

Si l'ensemble de ces auteurs reconnaissent au nourrisson des capacités cognitives remarquables, l'analyse de ces différentes positions théoriques révèle des différences essentielles dans la définition du concept de soi : organisation de représentations conscientes de soi ou simple conscience expérimentelle ? L'intersubjectivité existerait donc à la naissance en fonction du niveau de conscience et/ou de symbolisation que l'on pose comme nécessaire à son expression. Mais, indépendamment de

ces conditions d'émergence, l'intersubjectivité apparaît difficilement dissociable de la construction des systèmes de développement précoce [17]. Il est en effet impossible de penser la question du bébé, sans penser simultanément celle de sa capacité intersubjective. Le bébé ne construite ses compétences potentielles, ne se construit que dans la rencontre avec l'autre. L'environnement permet, ou non, l'actualisation des potentialités du bébé et leurs transformations.

Ces hypothèses s'inscrivent dans l'évolution épistémologique des neurosciences cognitives qui conceptualisent désormais le cerveau à partir de sa dimension sociale. Ces dernières années, des avancées remarquables ont été réalisées dans l'identification des systèmes neurobiologiques sous-jacents à l'intersubjectivité, parmi lesquels le système des *neurones miroirs* [20]. Les neurones miroirs désignent une catégorie de neurones du cerveau qui présentent une activité aussi bien lorsqu'un individu (humain ou animal) exécute une action que lorsqu'il observe un autre individu (en particulier de son espèce) exécuter la même action. Ce système, qui correspond au mécanisme physiologique de l'intégration de la perception et de l'action, jouerait un rôle essentiel dans la compréhension des actions des autres et dans l'apprentissage de nouvelles compétences par l'imitation. Grâce à la possibilité de simuler l'état d'autrui dans notre cerveau, ce système jouerait également un rôle essentiel dans le développement de la théorie de l'esprit (la capacité à comprendre ses propres états mentaux et ceux des autres), en particulier dans le domaine des émotions, ce qu'on définit avec le terme d'empathie, c'est-à-dire la capacité à percevoir et à reconnaître les émotions d'autrui. Une large littérature s'est développée ces dernières années sur l'implication de ces systèmes dans la genèse de certains troubles du développement cognitif, en particulier dans l'autisme [16].

En conclusion : un modèle général du développement de l'enfant

Pour conclure ce panorama sur les théories du développement, nous nous proposons de présenter un modèle général du développement de l'enfant qui vise à intégrer les différentes perspectives théoriques autour de la notion du développement du soi de l'enfant (Figure 1-1). Pour construire un tel modèle, il faut préalablement situer le développement au sein de la matrice relationnelle dans laquelle l'enfant est immergé dès sa naissance. Matrice dans laquelle la prédisposition à l'intersubjectivité de l'enfant (la capacité à exprimer et à partager des émotions) rencontre la prédisposition du parent à accueillir et à rendre significatives les émotions de l'enfant. En effet, dans le cadre des relations d'attachement, les parents sont prédisposés à se syntoniser sur les expressions de leur enfant, ils lui attribuent précocement des états mentaux, ils attribuent une intentionnalité à ses expressions qui sont ainsi mentalisées et restituées à l'enfant sous une forme métabolisée qui permet la contenance et la régulation de son expérience. L'enfant associe le changement positif de son état affectif à l'interaction avec l'autre qui le module. Il combine, dans une seule représentation, le signal de détresse, la réponse du *caregiver* et l'apaisement qui s'ensuit [5]. Cette séquence constitue le premier élément d'un système de représentations des états mentaux et le premier noyau du soi psychologique de l'enfant. En effet, grâce à la répétition

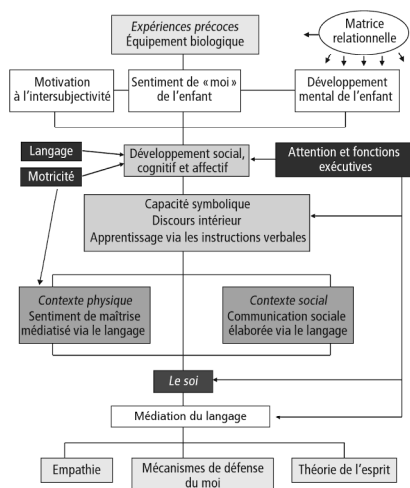


Figure 1-1 Un modèle du développement du soi de l'enfant.

régulière de ces séquences interactives, l'enfant commence à établir la connexion entre pensées et actions, étape essentielle pour la perception de soi comme un être intentionnel et pour faire l'expérience de soi comme un agent capable d'autorégulation [4].

Dès la fin de la première année de vie l'enfant a développé des capacités complexes de représentation mentale. Il est capable d'avoir des croyances, des désirs et des sentiments qui sont de plus en plus élaborées et déconnectées du contexte immédiat (il devient capable de rappeler des événements passés, de prédire ce qui se produira et d'utiliser les références symboliques dans le jeu). Il a des états mentaux que les personnes qui s'occupent de lui ne peuvent plus extrapoler du contexte ou des connaissances précédentes. Pour exprimer et partager ces états mentaux invisibles, l'enfant a besoin d'un outil de communication plus précis. C'est le langage qui répond à cette fonction de communication. Bien que le langage émerge, durant la 2^e et la 3^e année de vie, d'un substrat de sensations, pensées et désirs pour l'intersubjectivité déjà existants, les relations avec ce substrat changent avec le développement. Comme l'a noté L. Vygotsky [26], le langage devient rapidement le principal moyen d'échange social et, bien plus, devient un organisateur interne de la pensée à travers l'acquisition du langage intérieur. Il devient rapidement la base, plutôt que le produit, des acquisitions cognitives ultérieures. Comme noté par J. Piaget [19], les enfants commencent durant la première enfance à moduler, à planifier et à organiser leurs actions à travers des processus de pensée médiatisés par le langage qui sont initialement exprimés comme un langage adressé à soi-même (le discours à haute voix, que l'on observe quand l'enfant joue seul). Ce monologue extérieur devient plus tard silencieux, mais ne disparaît pas. Au contraire, il devient un commentaire interne qui ponctue et organise le comportement extérieur autant que l'activité mentale.

Avant que les enfants entrent à l'école, ils ont déjà appris à penser « en paroles » et la plupart d'entre nous ne sauraient pas envisager de penser sans mots. Le langage introduit un nouveau fil dans le tissu du soi. Il stabilise la différenciation entre moi et non-moi préfigurée durant les premiers échanges entre l'enfant et son environnement. On peut dire que le « moi » émerge véritablement avec l'entrée de l'enfant dans la période symbolique du développement.

La capacité grandissante à produire des actions indépendantes devient une source de fierté pour l'enfant et un moteur pour développer l'autonomie, l'expression de soi et le sentiment de compétence à agir sur le monde avec efficacité. Au même temps, cette perception de la séparation souligne la persistance de la vulnérabilité et de la dépendance. L'activité symbolique et le langage donnent à l'enfant des nouveaux outils pour faire face à ces enjeux développementaux : le jeu, le faire-semblant et l'imagination offrent des ressources pour gérer les frustrations, ils offrent des formes de gratification par substitution, des actions d'essai qui lui permettent de maîtriser ses expériences, ses peurs et ses colères. Ces nouvelles capacités et leur utilisation en situation relationnelle conduisent à une diminution de l'égoцентриté et au développement d'un sentiment de soi socialisé. À la lumière de sa propre expérience, l'enfant commence à se former des théories sur ce que les autres pensent ou ressentent (théorie de l'esprit), à prendre la perspective de l'autre, à développer sa capacité d'empathie. Ces capacités pour l'empathie, le contrôle et le faire-semblant sont hautement médiatisées par le langage, même dans leur émergence initiale, sous la forme du discours intérieur. L'enfant commence à reconnaître la voix à l'intérieur de lui comme « soi-même », une entité unique et distincte des fonctions somatiques et biologiques et des ses désirs et ses fantasmes. Dans cette entreprise de contrôle, l'enfant apprend à utiliser des processus défensifs qui l'aident à mettre certains pulsions menaçantes en dehors des limites du soi en les projetant sur les autres, en les déplaçant ailleurs que sur leurs véritables cibles, sur des cibles plus sûres (comme les jouets) ou en les transformant à travers l'imagination en des situations dans lesquelles l'enfant peut fantasmer de triompher ou de régler les conflits de manière toute-puissante. Ces processus défensifs s'appuient largement sur le langage pour leur modulation. Le langage fonctionne donc, dès le début, comme un outil important pour les pensées réflexives et la médiation de l'action impliquées dans la construction du soi. Et comme les compétences langagières augmentent et se déplacent sur le domaine de l'activité mentale, son rôle dans la définition du soi et de l'autorégulation du comportement devient plus élaboré.

De la même manière que l'enfant s'engage dans l'environnement social, il élargit aussi sa recherche et son expérimentation au monde physique. Dans le monde matériel, l'enfant fait l'expérience de l'action, il observe, catalogue les effets. Le développement du fonctionnement cognitif, les capacités attentionnelles et exécutives offrent à l'enfant d'autres manières de réaliser ses objectifs avec une conscience progressive des relations causales entre ses actions et les effets qu'elles produisent. À travers ces expériences, l'enfant commence à acquérir un sentiment de maîtrise ou de compétence sur les possibilités de son corps et sur les effets qu'il peut avoir sur les autres, sur les objets et sur les événements. Avec ce sentiment émergeant de maîtrise sur l'environnement physique et sur l'intersubjectivité, maintenu à travers la communication, l'enfant apprend comment avoir une influence sur le monde dans lequel il vit [18].

C'est à la confluence entre ces différents sentiments d'efficacité, avec le monde extérieur des objets et avec le monde social des autres, qu'émerge le soi de l'enfant. Un soi dont la cohérence est donnée par l'harmonie qui s'établit entre les capacités à réguler les expériences émotionnelles, la constitution d'un monde interne et externe de relations sociales stable et une organisation cognitive adéquate s'appuyant sur des outils de plus en plus performants : l'attention, le langage, la mémoire et la motricité.

Le soi est constitué de plusieurs composantes (la dimension de l'action, du corps, des affects, de l'organisation, de la communication, de l'expérience subjective) dont l'enfant fait initialement l'expérience de manière directe à l'occasion de l'action ou de l'utilisation des processus mentaux, sans en avoir une connaissance consciente qui viendra bien plus tard à travers la verbalisation explicite [22].

Il existe différentes composantes et sentiments de soi dont la perturbation spécifique peut produire des effets majeurs sur le fonctionnement du sujet dans la pathologie : le sentiment de soi en tant qu'agent de ses actions qui peut s'associer à la sensation de ne pas être maître de soi jusqu'à aboutir à l'expérience de contrôle par l'extérieur ; le sentiment de cohésion physique du soi qui peut se traduire dans une fragmentation de l'expérience corporelle avec dépersonnalisation et déréalisation ; le sentiment de continuité du soi qui peut produire des dissociations temporelles, des amnésies et une perte de la sensation de continuité de l'existence ; le sentiment de l'affectivité associée à l'anhédonie ; le sentiment d'être un soi subjectif qui peut se traduire dans une solitude cosmique ou une transparence psychique ; le sentiment d'un soi capable de communiquer des significations dont la perturbation peut aboutir à une faible socialisation, à l'exclusion de la culture ou à l'absence de validation des connaissances personnelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. BION W.R. Attention et interprétation. Paris, Payot, 1974.
2. BION W.R. Éléments de psychanalyse. Paris, PUF, 1979.
3. BOWLBY J. Attachement et perte, 3 vol. Paris, PUF, 1978-1984.
4. FOGEL A. Developing through relationships. Chicago, University of Chicago Press, 1993.
5. FONAGY P, GERGELY G, JURIST EL, TARGET M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York, Other Press, 2002.
6. FREUD A. Le normal et le pathologique chez l'enfant. Estimation du développement. Paris, Gallimard, 1968.
7. FREUD A. L'enfant dans la psychanalyse. Paris, Gallimard, 1976.
8. FREUD S. Cinq psychanalyses : analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans. Paris, PUF, 1954 : 93-198.
9. FREUD S. Introduction à la psychanalyse (1916). Paris, Payot, 1985.
10. FREUD S. Inhibition, symptôme et angoisse, 2^e éd. Paris, PUF, 1968.
11. GOLSE B. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, 2^e éd. Paris, Masson, 1989.
12. KLEIN M. La psychanalyse des enfants, 4^e éd. Paris, PUF, 1975.
13. MAHLER M. La naissance psychologique de l'être humain. Paris, Payot, 1980.
14. MAHLER M. Psychose infantile. Paris, Payot, 1977.
15. MELTZER D, BRENNER J, HOXTER S et al. Explorations dans le monde de l'autisme. Paris, Payot, 1980.
16. OBERMAN LM, HUBBARD EM, MCCLEERY JP et al. EEG evidence for mirror neuron dysfunction in autism spectrum disorders. Cog Brain Res, 2005, 24 : 190-198.
17. OUSS-RYNGAERT L. Troubles relationnels précoces et troubles neurodéveloppementaux du point de vue de l'intersubjectivité. In : Georgieff N, Speranza M. L'intersubjectivité aujourd'hui en psychopathologie : clinique et modèles. Paris, Masson, sous presse.
18. PAUL R, COHEN D, KLIN A, VOLKMAR F. Multiplex developmental disorders. The role of communication in the construction of a self. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am, 1999, 8 : 189-202.
19. PIAGET J. Le langage et la pensée chez l'enfant. Paris, Delachaux et Niestlé, 1923.
20. RIZZOLATTI G, FADIGA L, GALLESE V, FOGASSI L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. Cog Brain Res, 1996, 3 : 131-141.
21. SPITZ RA. De la naissance à la parole, 6^e éd. Paris, PUF, 1979.
22. STERN DN. Le monde interpersonnel du nourrisson (1985). Paris, PUF, 2003.
23. STOLOROW RD, ATWOOD GE, ORANGE DM. Worlds of experience : interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis. New York, Basic Books, 2002.
24. TREVARTHEN C, AITKEN AJ. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. Devenir, 2003, 4 : 309-428.
25. TUSTIN F. Autisme et psychose de l'enfant. Paris, Le Seuil, 1977.
26. VYGOTSKI L. Pensée et langage (1933) (traduction de Françoise Sève, avant-propos de Lucien Sève), suivi de « Commentaires sur les remarques critiques de Vygotski » de Jean Piaget. Paris, Éditions Sociales, 1985 ; rééd. Paris, La Dispute, 1997.
27. WINNICOTT D. Processus de maturation chez l'enfant. Paris, Payot, 1970.
28. WINNICOTT DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot, 1970.

— 2

EMPATHIE ET EXPÉRIENCE FRATERNELLE

Jean XAVIER

À Faust commentant les versets mystiques de saint Jean l'Évangéliste et qui affirme que « au commencement était la parole », Goethe, livrant le secret de sa philosophie, répondrait : « au commencement était l'action ». C'est à partir de la description du lien fraternel dans une perspective psychanalytique que nous tenterons d'étudier les mécanismes inhérents aux échanges imitatifs de l'enfant avec ses pairs. Ces derniers sont le lieu d'une rencontre intersujet où la découverte conjointe de l'autre et de soi-même naît de l'expérience même d'un jeu empreint d'une forme de répétition, au nom du lien intime qui, au cœur de l'être, unit l'intrapyschique et l'intersubjectif. Cette forme de communication se révélera partie prenante du développement de l'enfant. Mettant à l'épreuve ses habiletés motrices, notamment visuospatiales, nous verrons que, d'un point de vue cognitif, elle est constituée de renversements positionnels successifs, d'auto- et d'hétérocentrations. Dans un second temps, nous nous efforcerons de montrer que cette expérience, impliquant des changements de points de vue de prime abord spatiaux puis symboliques, peut nourrir notre réflexion dans le sens d'un modèle développemental de l'empathie. Enfin, un retour à la clinique de l'enfant et de l'adolescent sera pour nous l'occasion d'interroger la pertinence et la place d'une telle dynamique dans une démarche qui se veut intégrative.

Lien fraternel (du point de vue psychanalytique)

Au regard du cadre familial, le lien fraternel inscrit ses protagonistes dans une expérience à valeur de métamorphose : elle est le lieu d'une dynamique interactive permettant progressivement à chacun de dessiner les contours de sa singularité en différenciant ce qui vient du dehors et ce qui vient du dedans, ouvrant l'accès à soi et, en synchronie, à la représentation de la pensée de l'autre. Pourtant le premier acte de cette saga est marqué par un véritable coup de théâtre, synonyme de préjudice, vécu par l'ex-enfant unique et commis par deux complices anciennement dignes de confiance. Cette expérience qui, dans *Totem et Tabou* [16], apparaît aux origines du lien social est définie par Scelles [46] comme « le prototype relationnel de l'appareil créateur et transformateur de liens aux autres, [ajoutant que] le frère peut être pensé comme matrice de l'espace interne et de la subjectivité ». De manière schématique, ce lien naît de la conjugaison de deux axes principaux.

L'axe vertical est celui de la rivalité que partagent les membres de la fratrie dans la relation aux parents et, plus largement, au

regard de l'histoire et du cadre familial. Ce dernier offre des repères symboliques, inscrit ses partenaires dans un monde régi par des interdits et des différences, qui impose de faire avec l'alter ego. Confrontant à l'expérience de frustration, il permet à chacun d'expérimenter la butée de son désir sur celui d'autrui et favorise un travail de deuil stimulant l'activité de penser. En référence à cette ordonnée, chaque membre de la fratrie est assujéti à un lieu temporel propre, à un statut d'historicité qui a pour effet d'instaurer une limite entre l'ego et son alter. Le cadre familial offre, en effet, un espace d'expression en même temps que de renoncement pulsionnel et, au fond, de rétention dans l'acte autorisant un possible jeu. Lorsqu'un frère ou une sœur voit son alter ego dans les bras de sa mère, il contemple son rival, son autre du miroir, mais aussi une photographie de famille dont il est de fait exclu. Cette relation spéculaire l'inscrit donc d'emblée dans une organisation intrapsychique et intersubjective triangulaire, dans laquelle chaque élément se définit par le rapport privilégié qu'il entretient avec chacun des autres éléments et par le rapport dont il est exclu, dans une relation en négatif et une incarnation dans le réel du riers. C'est dans ce sens que l'on peut entendre la latéralisation et l'expression des conflits avec ces doubles du père et de la mère. Il s'agit bien d'une figuration dans le réel intersubjectif, équivalente à une mise en acte, qui n'est pas sans évoquer le jeu psychodramatique, de ce qui jusqu'alors relevait du fantasme dont le noyau est œdipien. Pourtant, cette mise en figuration par le truchement de l'alter ego, cette incarnation dans le réel de positions psychiques et de doubles concerne aussi une seconde dimension, « horizontale ». Précisons que celle-ci, bien individualisée, n'existe qu'en référence au cadre précédemment décrit.

L'axe horizontal correspond aux jeux interactifs, faits d'échanges et de partage émotionnel. Ils sont le lieu d'une destructivité agie où la possibilité d'expression des affects côtoie le « comme si », chacun tentant de s'appropriier l'autre par imitation, comme pour détruire son image, c'est-à-dire sa différence : imiter l'autre en prenant sa gestuelle ou ses mots n'est-ce pas en quelque sorte tenter de lui ôter toute existence propre ? Mais l'entreprise de destruction est vaine car l'imitation, par définition imparfaite, comporte forcément un « en plus » d'originalité qui ne cesse d'alimenter l'échange, le partenaire de l'interaction s'ajustant en modifiant à son tour son comportement. C'est dans ce sens que la jalousie, de prime abord inhérente à une rivalité de nature objectale, se révèle finalement porteuse d'enjeux identificatoires, comme en témoigne le complexe lacanien d'intrusion [30]. L'auteur décrit l'effet maturatif pour l'enfant de l'expérience constituée par la

reconnaissance d'un autre semblable inscrit dans la relation avec la mère. Il conclut qu'au cours de cette répétition de sa première expérience, vécue cette fois depuis une position d'observateur, la capacité d'identification de l'ainé à son cadet apparaît antérieure au sentiment de jalousie. De ce point de vue, les sentiments de rivalité apparaissent alors secondaires à la réactualisation – par le biais de cette expérience scopique – de la douloureuse épreuve du sevrage. Ce jeu par doublures interposées et dont les relations en apparence duelles se révèlent triangulaires est remarquablement décrit par De Wolf [12] dans l'identification dédoublante, à propos du petit Hans et de Lodi sa fille imaginaire : dans le récit de Freud [18], Hans reproduit des moments heureux vécus avec sa mère en assumant un rôle actif et en faisant intervenir Lodi avec laquelle il renouvelle les mouvements de tendresses dont il fut préalablement l'objet. De Wolf nous fait remarquer le double mouvement qu'accomplit Hans dans cette opération. L'identification de Hans à sa mère ne se réduit pas à un simple renversement passif/actif, mais nécessite le passage par un double qui seconde Hans à la place désormais laissée vacante. Par le truchement de cette doublure intime, Hans est à la fois celui qui caresse et celui qui est caressé, comme situé dans une position tierce d'observateur. Dans ces relations répétées et en apparence duelles, un tiers est donc convoqué, auquel est déléguée, par procuration, la position passive.

En guise de synthèse, le lien fraternel apparaît donc comme le fruit de la conjugaison entre une abscisse et une ordonnée clairement distinguées. L'expérience fraternelle, ainsi envisagée au regard de l'espace familial qui autorise son déploiement, inscrit chacun de ses membres dans une histoire faite de jeux de rôles avec des doubles incarnés, des analogues de soi, présents, passés ou futurs, comme autant de facettes de soi. Elle constitue un processus structurant car propice à un travail d'appropriation subjective de l'héritage familial, au travers d'une manœuvre de reconstruction transformative du passé et de pré-élaboration du futur. Le passage par le double, qui offre une vision héautoscopique (qui, en grec, signifie « se voir soi-même ») des deux pôles de la situation, serait comme un préalable nécessaire à toute manœuvre identificatoire réussie. Un milieu familial mais aussi social se doit d'offrir la stabilité et les règles du jeu avec un alter ego, dans un vécu de partage d'un monde commun, où l'existence de l'alter n'est pas conditionnée par les mouvements de l'ego. Alors, sans négliger les spécificités du lien fraternel, et afin de préciser les mécanismes en jeu dans cette relation horizontale, interrogeons à présent de manière plus large les mécanismes régissant les échanges imitatifs de l'enfant avec ses pairs.

Des mécanismes du jeu imitatif chez l'enfant

Dans une perspective développementale, Wallon [51], puis Lacan [32] insistent sur ces jeux imitatifs entre enfants, au cours d'échanges interactifs qui permettraient à chacun des partenaires, selon plusieurs étapes successives, de sortir d'un temps premier de confusion spéculaire, où l'identité de l'ego vacille avec l'alter. L'enfant, très tôt capté par la forme du semblable, s'inscrit dans des jeux d'alternance de prime abord dominés par le transmissivisme et dont la signification phylogénétique s'étaye sur des références à l'éthologie animale. Dans la séquence génétique

de ces comportements le partage émotionnel se révèle être tout à fait central. S'appuyant sur les travaux de Bühler [6], Wallon [51] évoque, dès les premiers mois, une sensibilité de l'enfant aux personnes significatives avec une sociabilité qualifiée de « synchronique et mimétique » dans ses gestes et ses postures, et des séries faites de contemplations parades et de provocations rituelles. Ces mouvements laissent progressivement place à une équilibration de la relation avec la possibilité de changement de rôles et donc d'une véritable réciprocité. Dans le second semestre de vie apparaît le mimétisme affectif, sorte d'organisation du répertoire des différentes émotions, de prélingage affectif, fondé sur des processus de « sensibilisation réproque » et de « contagion mimique ». Wallon qualifie ces premières situations d'échanges bipolaires car elles impliquent chez les participants des attitudes contrastées mais complémentaires, une certaine réciprocité et une similarité où « le moi et l'autre y surgissent et s'y résorbent, dans une sorte de battement ». Le transmissivisme est pour l'auteur un « stade d'indivision relative où le sujet subit ses représentations sous leur forme la plus totale, sans réussir encore à en subordonner l'aspect extéroceptif à l'aspect proprioceptif ou l'aspect proprioceptif à l'aspect extéroceptif, selon qu'il devrait s'y reconnaître lui-même ou reconnaître autrui. [Ce stade, ajoute-il] précède immédiatement l'instant où l'enfant saura distribuer sans erreur entre lui et autrui les états ou les actes qu'il perçoit » et ainsi accéder au caractère réel et localisé de son identité personnelle. Cette absence initiale de réelle frontière entre l'intrapyschique et l'inter-subjectif aurait donc pour conséquence une incertitude relative quant à la localisation de l'expérience vécue. Elle est bien illustrée dans ce que, entre 2 ans et demi et 3 ans, Wallon nomme stade des personnalités interchangeables, où l'enfant peut réaliser la fusion entre plusieurs personnes, ou encore produire le dédoublement de la même. L'emploi des pronoms personnels, notamment du « je », y est irrégulier, et une sorte d'ubiquité règne quant à l'appréhension de l'espace ou la localisation d'autrui comme de soi-même. Il n'est pas inintéressant de constater que ce thème des personnalités interchangeables est utilisé dans un autre sens en clinique psychiatrique, dans certains délires d'identification des personnes se manifestant par une disjonction entre reconnaissance de l'image et méconnaissance de l'identification nominale. Ces délires s'organisent selon quatre grands syndromes :

- le *syndrome de Capgras et Reboul-Lachaux* en 1923 ou l'« illusion des sosies » dans lequel les auteurs proposent le terme d'agnosie d'identification au sujet d'une patiente persécutée, convaincue que l'un de ses proches a été remplacé par un sosie. Autrement dit, il y a reconnaissance de l'image, mais pas de la personne. De plus, cette méconnaissance sur fond de reconnaissance peut s'appliquer au patient lui-même ;
- le *syndrome d'illusion de Fregoli*, portant le nom d'un célèbre transformiste de music-hall italien, dans lequel le patient a la conviction que les personnes de son entourage sont incarnées par un persécuté capable de toutes les transformations ;
- le *syndrome d'illusion d'intermittentmorphose et de charme* où le sujet a l'illusion que les personnes de son entourage se transforment à la fois physiquement et psychiquement, les uns prenant la place des autres. Le patient peut par exemple, dans une sorte d'hyperidentification, reconnaître à la place d'un proche des personnes étrangères qui se seraient métamorphosées en lui ;
- le *syndrome du double subjectif* qui se définit par la reconnaissance par un sujet d'un double physique identique à lui. D'autres descriptions font état d'une conviction similaire mais concernant

des doubles que le patient n'a pas rencontrés. Dans le premier cas, le double physique identifié se distingue par son comportement négatif, aux tendances antisociales, contrairement au sujet victime d'une usurpation d'identité et qui se doit de répondre des méfaits de son alter ego. D'autres patients expriment la conviction de rencontrer des personnes qui ne sont en fait qu'eux-mêmes, mais à des âges différents. Une dernière description, répondant à ce syndrome, concerne l'hallucination hétéroscopique.

Précisons enfin que ces thèmes de doublure ou de reduplication ne sont pas uniquement le lot de tels troubles, mais se retrouvent dans les phénomènes des personnalités alternantes ou multiples dans le cadre des manifestations hystériques. Un dernier exemple clinique est donné par Abely [1] et son *signe du miroir* qui décrit des patients schizophrènes, en proie à des angoisses de morcellement, absorbés par leur image dans le miroir. Celle-ci apparaîtrait comme le dernier contenant propice à témoigner de leur unité corporelle menacée. Ce bref passage en revue plaide ainsi en faveur d'un continuum entre le normal et le pathologique, tel qu'il a pu être interrogé par Canguilhem, dans cette analogie entre ces troubles psychotiques et ce qui, dans le développement de l'enfant, apparaît instable parce que en construction.

Ces jeux imitatifs favorisent, pour chacun des partenaires, au travers de situations d'arroseur-arrosé ou de dominant-dominé, une mise en acte de leur spécularité. Ce mouvement alternatif imitatif s'enrichit progressivement au regard du développement des capacités cognitives, langagières et, bien sûr, motrices de l'enfant, et désormais « les deux pôles de la situation, au lieu d'être complémentaires et situés en deux individus distincts, sont intégrés par le même » [52]. Même si une certaine confusion des rôles reste de mise, un « je » commence alors à sourdre, chacun pouvant désormais à lui seul intégrer plusieurs positions psychiques. Mimer autrui s'apparenterait moins à répéter exactement sa posture ou son comportement qu'à en offrir une version équivalente, mais par définition imparfaite, dans laquelle un peu de soi y est forcément insufflé, fût-il insuffisamment individualisé. Cette contagion mimique est donc synonyme de transformation parce que répétition du même plutôt que répétition à l'identique, en référence à la distinction faite par De M'Uzan [10]. Au-delà de ces premières expériences interpersonnelles, « je » et autrui ne s'inscriraient dans une véritable relation intersubjectif que par le biais du « drame de la jalousie » qui, pour Wallon [52], permet à l'enfant de différencier les rôles et les motifs qui lui sont propres de ceux d'autrui. Dans le prolongement de ces travaux, Lacan décrit le *stade du miroir* qu'il place au déclin du stade du sevrage, entre 6 mois et 2 ans, et qui constituerait pour l'enfant, découvrant l'image de son propre corps en tant qu'unité, une expérience d'identification primordiale. Dans le premier temps de cette expérience et parce que c'est à travers l'autre que l'enfant « s'éprouve tout d'abord », l'enfant perçoit dans le miroir la forme du semblable, l'image du double, sans qu'il y ait à ce stade une reconnaissance explicite de soi. « Les sensations extéro-, proprio- et intéroceptives ne sont pas encore suffisamment coordonnées pour que soit achevée la reconnaissance du corps propre, ni corrélativement la notion de ce qui lui est extérieur. » À ce sujet, le concept d'ego spéculaire utilisé par Lacan sert à désigner la forme, l'enceinte qui circonscrit l'instance du moi ; ce n'est pas l'identique ni le clone, mais le symétriquement inversé. Il y a là une certaine différence de nature optique entre les jeux d'enfants où chacun mime l'autre à tour de rôle, et cette chiralité qui témoigne de ce qui dans notre image nous échappe à tout jamais. L'enfant

va l'animer et s'éprouver dans la turbulence de ses mouvements, tout en vérifiant qu'il n'en altère pas la forme. En d'autres termes, il va non seulement pouvoir vérifier que ses mouvements perçus dans une contemporanéité sont bien les siens, mais aussi constater la permanence du contour de la *Gestalt* qui vient offrir une enveloppe bidimensionnelle, une matrice dans laquelle le sujet se projette. Mais cette image dans le miroir est leurrante par son irréalité et son caractère chiral.

Enfin, Nadel et Potier [39] vont développer les travaux de Wallon, mais en insistant sur l'importance de l'imitation directe et immédiate (contrairement à ce dernier pour qui le terme imitation s'applique à l'imitation différée) dans sa fonction de communication entre pairs.

L'identification réussie, au sens de structurante, est au fond un mécanisme qui concerne plus une relation intersubjective que l'objet lui-même, ce qui est interiorisé est moins l'image de l'autre que l'expérience d'une relation interpersonnelle et nécessite donc, comme premier temps, le passage par la figuration d'un double. Ce temps intermédiaire, qui fait finalement apparaître trois rôles au sein de cette relation en apparence duelle, révèle bien à la fois ce changement de position et le maintien du point de repère initial, tous deux nécessaires à l'appréhension de soi-même en relation avec autrui. À l'instar de la relation horizontale fraternelle, cette dynamique identificatoire est inhérente aux échanges imitatifs entre pairs, emprunts de réciprocité, d'une certaine forme de répétition, et qui tirent leur qualité d'un paradoxe : c'est de l'expérience même du jeu et dans l'extériorité de l'autre proche, sans que d'emblée les rôles soient clairement distribués, que naîtrait la découverte de l'autre et de soi-même. En effet, dans cette dynamique à valeur transformative faite de renversements positionnels sujet/objet et passif/actif, chaque partenaire, se retrouvant tour à tour un peu dans l'autre, ne se découvrirait – en termes de conscience réflexive et donc d'autoconnaissance – que chemin faisant. « Je » n'apparaîtrait donc qu'engendré par ce jeu, tel un processus identificatoire en acte et qui n'est possible qu'avec un autre à la fois semblable et différent. C'est au regard du cadre qui les porte, sachant la diversité des situations qu'il recouvre, que nous avons mis l'accent sur ces jeux d'enfants se déroulant dans une fratrie mais aussi, sans oublier la spécificité de ce type d'expérience intrafamiliale, au sein d'une cour de récréation. Cette expérience ludique, dans laquelle répétition rime avec transformation mutuelle, témoigne de la place de l'intersubjectivité au cœur de l'être et, au fond, de l'idée que toute manœuvre de représentation ne peut s'effectuer que par le détour d'un hors soi, comme temps préalable à un possible mouvement de construction interne. Ainsi l'expérience intersubjective, avec la construction du sens de soi décrit par Stern [49] et de l'*agenticité* (sentiment d'être l'agent de ses propres actions) est-elle partie prenante du processus de construction de l'intrapyschique.

Quel rapport avec le développement de l'empathie ?

L'imitation joue un rôle majeur dans le développement de l'intersubjectivité en termes de communication et d'interactions sociales, mais aussi en tant que précurseur de l'intentionnalité

[38, 39, 41, 44]. À l'instar des échanges de regards décrits par Winnicott, les travaux de Wallon et de Lacan mettent à l'honneur le rôle des échanges imitatifs dans le développement humain, même si ces auteurs n'avaient pu imaginer cela chez les nouveau-nés, ni la portée de l'imitation différée dans les premières années de la vie, comme l'ont plus récemment fait les psychologues cognitivistes. Jeannerod [29] décrit chez le bébé une capacité innée à reproduire des réponses motrices à la perception d'un mouvement. De même, Meltzoff [36] souligne, dès la naissance, le caractère significatif des actions humaines de par leur caractère directement interprétable en termes de ressemblance : c'est grâce à un équipement inné et au cours de l'expérience interpersonnelle à caractère transmodal avec d'autres « comme moi » que se construirait la notion de soi et d'autrui. Mais surtout, comme le précisent Meltzoff et Decety [37], cette compétence imitative innée est une étape nécessaire dans le développement de l'empathie. Gergely et al. [21] font, quant à eux, l'hypothèse (plus proche de celle défendue par Wallon et Lacan) que la conscience des états émotionnels propres, puis l'intentionnalité naissent progressivement de l'expérience intersubjective, dans un jeu de miroir émotionnel entre l'enfant et ses parents. Mais, ce terme de miroir ne semble pas assez correspondre à une situation qui, contrairement à la fixité et la chiralité de l'image, est le lieu d'une dynamique triangulée entre autres par le facteur temps, avec son rythme fait de synchronisations, d'anticipations et de retards nécessaires et, en définitive, son tempo favorable à la qualité des interactions et des ajustements réciproques. Le terme d'empathie brille par la pluralité de ses définitions, a fortiori lorsqu'il s'agit de l'articuler avec le concept de théorie de l'esprit. Celui-ci, appartenant aux sciences cognitives et inscrit dans le champ plus large de la cognition sociale, désigne les processus cognitifs qui permettent une compréhension de ses propres états mentaux (croyances, désirs, intentions) et de ceux d'autrui avec l'idée de pouvoir prédire ses actions. À la question de savoir comment s'effectue le développement de cette capacité cognitive, acquise à partir de l'âge de 4 ans, deux théories tentent de répondre : 1) la théorie de la théorie ; 2) la théorie de la simulation, chacune se subdivisant en deux sous-théories (a et b). Dans (1a), l'enfant est un apprenti-savant pour qui l'exposition à des situations sociales est l'occasion de tester des hypothèses scientifiques sur les croyances ou les désirs d'autrui, qu'il pourra ainsi progressivement affiner et rectifier [23]. Mais dans (1b) issue de la théorie modulaire [15], cette capacité de mentalisation est le fruit d'une maturation de mécanismes innés comme le jeu de faire semblant [33] ou l'attention conjointe. Ce dernier phénomène décrit par Baron-Cohen [22] dépend d'un module cognitif spécifique qui, de manière innée, permet un couplage des activités mentales entre soi et autrui, dans une utilisation inférentielle d'un savoir visuel. Dans la perspective (2), il est moins question de théorie que de simulation. Là encore, deux théories s'affrontent : selon la théorie (2a) de Goldman [22], pour qui simuler c'est utiliser ses propres états mentaux, sa propre expérience vécue, la simulation de la perspective d'autrui est donc affaire d'introspection. Au contraire, dans (2b), chez les tenants d'un simulationnisme radical défendu par Gordon [24] et dont la thèse s'appuie sur l'existence des mécanismes imitatifs précoces, il s'agit de prendre la perspective mentale de l'autre personne pour comprendre ses états mentaux. Au fond, dans la simulation, la capacité de mentalisation passe soit par le maintien d'une position égocentrée, soit par une décentration forcée dans le sens où elle nécessite de faire « table rase » de ses propres états mentaux. Mais ce modèle de la stimulation ne semble

pas recouvrir de manière satisfaisante le terme d'empathie dont la polysémie s'explique par la diversité des voies d'abord utilisées pour son appréhension, parce qu'il est « un terme commun à des langages différents : ceux de la psychopathologie clinique, de la psychanalyse et des neurosciences » [19]. L'empathie consiste en un partage émotionnel et présuppose la capacité cognitive à reconnaître l'autre en tant qu'être intentionnel, avec comme corollaire le fait de pouvoir de discriminer l'expérience de soi de celle d'autrui. Cette description fait donc apparaître deux dimensions, affective et cognitive, dont il s'agit de concevoir l'articulation. Decety [9] propose une théorie neurodéveloppementale de l'empathie dans laquelle elles sont intégrées, non disjointes comme chez Eisenberg et Strayer [13], mais inscrites dans des trajectoires différentes. La composante affective serait ontologiquement la plus précoce. La contagion émotionnelle et la sensibilité à la détresse d'autrui que Decety [8] nomme « éveil affectif ou empathique » est une forme non verbale de communication qui repose sur des mécanismes de mimétisme et de résonance motrice. Ces protoconversations sont l'occasion d'un partage d'affects avec d'autres « comme moi ». Decety [9] précise que cette capacité d'éveil empathique, présente chez le nouveau-né humain, révèle deux aspects essentiels de l'empathie : 1) le partage d'émotions avec les personnes auxquelles il peut s'identifier, que nous pourrions qualifier de « sympathique » ; 2) la distinction soi/d'autrui. Mais ce premier temps, synonyme de partage de représentations et de résonance affective non intentionnelle, ne peut, à lui seul, rendre compte du processus empathique. (Précisons que le terme de représentation est ici utilisé au sens de traitement de l'information sous-tendu par des réseaux neuronaux.) Il serait suivi d'un second temps, cognitif, plus proche de la théorie de l'esprit dans sa perspective simulationniste, temps de compréhension des émotions sous-tendu par une capacité à simuler mentalement, de manière consciente, la perspective subjective d'autrui. Enfin, ce mouvement de simulation nécessite l'inhibition ou le contrôle de la perspective égocentrée. Cette capacité de régulation émotionnelle nécessite une flexibilité mentale, propriété inhérente aux fonctions exécutives, qui permet de distinguer ses propres actions de celles de l'autre et d'avoir ainsi accès à l'agentivité. Cette résonance motrice trouve sa confirmation dans la découverte des neurones miroirs [43] présents dans le cortex prémoteur ventral du macaque, qui s'activent aussi bien en situation d'observation que d'exécution d'une action. Ces neurones miroirs seraient également présents dans le cerveau humain [28] et serviraient aussi au codage d'une action en fonction de son but, permettant donc de catégoriser les actions à un niveau intentionnel. À l'instar de Decety, Georgieff [19] souligne que cette modalité de partage de l'action figurée par ces systèmes miroirs pourrait s'étendre à un « partage de représentations motrices intentionnelles, et émotionnelles entre deux individus ». Ces représentations partagées à partir d'un codage commun entre perception et action seraient alors des précurseurs de l'empathie. Dans ce sens, l'auteur fait l'hypothèse de l'existence d'un « système du même » qui relèverait d'une propriété neurocognitive générale, « miroir, ou spéculaire, transitive et mimétique, qui produit des configurations d'activité cérébrales et des représentations mentales analogues chez soi et autrui. » De la même façon, Georgieff et Jeannerod [20] proposent un système neurocognitif spécifique, antagoniste du premier, qu'ils nomment « système de l'autre », garantissant la distinction soi/non-soi.

Les différentes théories que nous venons d'évoquer interrogent, sans le dépasser, le rapport dialectique relatif au développement

du sujet, entre représentation d'un soi différencié comme condition préalable à l'interaction et construction de soi comme produit de celle-ci. De plus, elles ont surtout pour objet d'étude les mécanismes cognitifs permettant la connaissance d'autrui, et non l'expérience intersubjective proprement dite, dans sa dimension d'échanges réciproques. Elles semblent avant tout mettre en exergue un point de vue solipsiste et intellectualiste du sujet : comme le dit Petit [40], « si autrui doit être la conclusion d'un raisonnement, [...] la communication intersubjective devient une illusion, puisque chaque sphère de vécu est alors refermée sur un sujet calculateur solitaire ». Pourrions-nous aller dans le sens d'un modèle développemental de l'empathie qui offrirait la possibilité d'intégrer les différents points de vue précédents ? L'empathie serait, au regard de sa double valence, affective et cognitive, résolument pensée en termes de processus. Son développement serait alors considéré comme le fruit d'une dynamique intersubjective et dont, comme nous le verrons, Berthoz [4] nous offre le ressort neurocognitif. Pour cela, interrogeons l'histoire de cette notion.

De la relation intersubjective vers un modèle intégratif du développement de l'empathie

« Partant de l'identification une voie mène, par l'imitation, à l'empathie, c'est-à-dire à la compréhension du mécanisme qui nous rend possible toute prise de position à l'égard d'une autre vie d'âme » [17]. La notion d'empathie (*Einfühlung*) créée par Vischer en 1873 afin de rendre compte d'une forme de sensibilité esthétique est reprise par Theodor Lipps [34] pour devenir, dans une acception élargie, un mode de connaissance de l'expérience subjective d'autrui. Mais elle est, pour l'auteur, avant tout empreinte de subjectivité et dénuée de valeur cognitive. Dans l'*Einfühlung*, qui signifie « sentir ses vécus propres en autrui, » le jugement et la réflexion n'ont pas leur place dans cette rencontre faite d'éprouvés avec des objets esthétiques, Jorland [30] évoque la psychologie de Lipps : nous n'aurions pas de conscience a priori, circonscrite, de nous-mêmes. Le mouvement empathique est source de jubilation dans la mesure où il est objectivation de soi, la rencontre avec la chose ou avec autrui nous offrant le moyen de mettre une forme, une image à cette multiplicité de sensations qui nous constitue. Faire l'expérience de soi-même en prenant ainsi forme nécessiterait donc d'en passer par le détour de l'autre. Ce modèle n'est pas sans évoquer le stade du miroir de Lacan ou les descriptions de Wallon, d'autant que c'est par l'imitation aussi que s'ouvre ici l'accès à la connaissance de l'autre, à ses émotions, puis à ses intentions. Petit reprend l'exemple donné par Lipps [34] des spectateurs au cirque qui, observant un acrobate, miment ses mouvements : ils s'éprouvent, écrit-il, « dans le corps du funambule sur son fil [...] la fusion serait première, la séparation serait seconde, [comme si leur] individualité dérivait d'une différenciation secondaire par rapport à un état primitif de fusion entre la subjectivité propre et celle d'autrui ». En effet, la capacité à distinguer les mouvements imputables au funambule et ceux qu'ils éprouvent dans leur corps propre ne s'effectuerait que par un acte ultérieur de réflexion. Nous quittons le champ de la théorie de l'esprit, par définition intellectualiste, lieu de connaissance par inférence et d'embûche de co-pensée, pour celui de l'expérience d'un co-resenti dans laquelle la compréhension de l'expérience

d'autrui et de soi-même, dans une démarche réflexive, n'en est que l'aboutissement. D'ailleurs, l'expérience perceptive de la répétition de l'action et du caractère équivalent des kinesthésies entre les partenaires, cette prise de conscience progressive des sensations relatives aux mouvements du corps préfigure celle des émotions. Dans cette description, la dimension motrice, imitative, apparaît essentielle, de même que le primat de la sensation, puis de l'émotion sur la cognition.

C'est dans ce sens que nous proposons un modèle développemental qui intègre les préceptes chers à Lipps et à Wallon, pourvu que le processus empathique soit le produit d'une dynamique intersubjective : à l'instar des mécanismes inhérents au lien fraternel, il naîtrait d'une répétition synonyme de transformation et d'un jeu par doubles interposées [55]. Ajoutons que la distinction soi/d'autrui, nécessaire au moment empathique, aurait alors plusieurs origines. Cette compétence apparaîtrait progressivement de l'expérience même de ce mouvement. De plus, correspondant à l'échelle individuelle aux activités de contrôle et d'inhibition inhérentes aux fonctions exécutives, elle est garantie par le cadre familial et ou social qui, par ses règles, impose de faire avec un autre ego, à la fois semblable et différent. Ce cadre est d'ailleurs ce qui rend possible la rencontre. Ces échanges faits de renversement positionnels, d'auto- et d'hétéroconcentration permettent d'expérimenter des changements de point de vue. Ils participent ainsi au développement de l'empathie dans sa dimension spatiale qui, selon Berthoz [4], correspond à « l'acquisition de la capacité de manipuler l'espace en changeant de référentiel d'ego - à allocenter ». Mais cela n'est possible que lorsque, selon Piaget et Inhelder [42], l'espace intellectuel prend le pas sur l'espace perceptif, à partir de l'âge de 8 ans, date à laquelle l'enfant peut quitter son point de vue égocentré (voir la tâche des trois montagnes). Pourtant, comme nous l'avons mentionné, les découvertes post-piagettiennes dans le domaine des théories de l'esprit ont révélé des compétences plus précoces directement ciblées sur l'inférence de croyances vraies ou fausses à partir de 4-5 ans : les enfants sont alors capables d'inhiber leur propre croyance (vraie) pour simuler mentalement la fausse croyance d'autrui, c'est-à-dire adopter son point de vue. Mais, fidèle à la chronologie fixée par Piaget, Berthoz met en effet en scène le corps agissant pour proposer une théorie de l'empathie dont le mécanisme est plus complexe, dans le sens où il concerne, au-delà d'un simple mouvement de décentration (qui pourrait en constituer la première étape) dans le cadre d'une théorie de la simulation, un sujet en relation : l'empathie est cette possibilité d'entrer en dialogue avec nous-même, en y intégrant l'autre. Il évoque à son tour, pour un sujet en relation duelle, la nécessaire capacité à se dédoubler afin d'occuper une position tierce, hétéroscopique. Dans l'interaction, pour éprouver le point de vue de l'autre, l'enfant doit « pouvoir garder un point de vue égocentré en se mettant à la place de l'autre ; autrement dit, il faut qu'il soit à la fois lui-même et l'autre et qu'ils aient sur l'entre-deux un point de vue de survol. Cette capacité de changer de point de vue doit ouvrir à la possibilité de] changer de point de sentir » [4]. Un détail important : ces mouvements qui se complexifient au cours du développement mettent à l'épreuve les habiletés visuospatiales d'un enfant qui doit être capable de changer de référentiel. Cette capacité à intégrer dans son vécu l'expérience de l'autre est pour Berthoz [5] à bien distinguer de la sympathie, « simple » résonance émotionnelle dans le maintien d'une position égocentrée et attribuée au système des neurones miroirs. Cette distinction sympathie/empathie est, dans l'interaction, illustrée dans la figure 2-1.

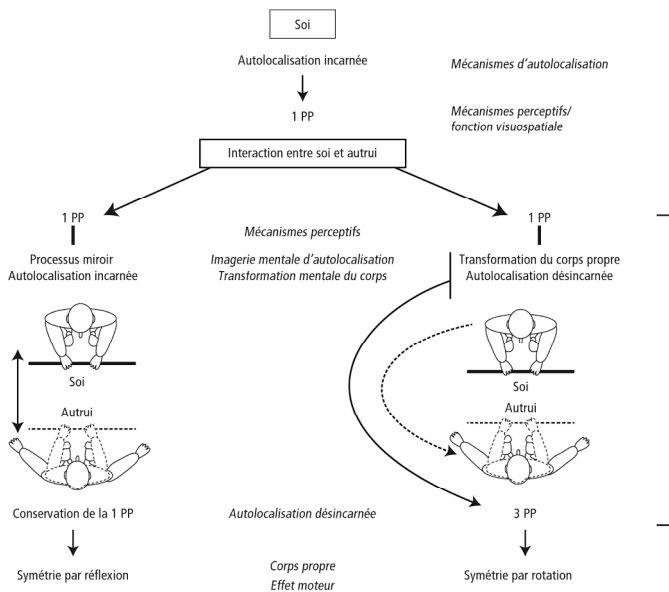


Figure 2-1 Sympathie versus empathie. PP : perspective à la première personne ; 3 PP : perspective à la troisième personne. (D'après Berthoz A, Ossola C, Stock B. La pluralité interprétative. Fondements historiques et cognitifs de la notion de point de vue. Les conférences du Collège de France, 2010 : 191.)

Enfin, s'appuyant sur les travaux de Yates qui soulignent que la mémoire est aussi affaire spatiale, Berthoz [4] écrit : « l'empathie est une aventure, ce n'est pas une photo. Elle est prédiction du futur en même temps que comparaison avec le passé et identification du présent ». Notons que ce lien avec la mémoire est aussi fait par Guilé et Cohen [27], qui distinguent trois formes d'empathie : procédurale, sémantique et biographique. Dans *L'Être et le Néant*, Sartre [45] cite Hegel : « le moment que Hegel nomme l'être pour l'autre est un stade nécessaire du développement de la conscience de soi [...] Le chemin de l'intériorité passe par l'autre. Mais l'autre n'a d'intérêt pour moi que dans la mesure où il reflète mon moi, c'est-à-dire en tant que je suis objet pour lui. Par cette nécessité où je suis de n'être objet pour moi que là-bas, dans l'autre, je dois obtenir la reconnaissance de mon être ». Ce sont donc mon expérience de l'autre comme sujet et mon expérience en tant qu'objet du regard d'autrui qui fondent ma certitude sur son existence. Ainsi, pour Sartre, autrui n'existe-t-il pas par un mécanisme d'inférence mais par l'expérience directe. La difficulté fondamentale consisterait alors à pouvoir saisir cet objet que je suis pour autrui et à le mêler à mon projet librement vécu. Ce projet est le fruit d'un processus de décision qui, pour Berthoz [3] est sous-tendu par la capacité de « sortir de notre corps et d'entrer en dialogue avec nous-mêmes », c'est-à-dire de créer un double, en l'occurrence un double neuronal.

Quelques réflexions en clinique de l'enfant et de l'adolescent

Nous avons tenté de décrire un processus structurant qui, dans une forme de répétition, implique un jeu par doublures interposées, constituant un travail de mise en représentation et d'inscription dans une histoire. En effet, cette dynamique imitative à valeur transformative faisant intervenir des doubles, faite de renversements positionnels, de changements de points de vue, a pour effet de garantir, dans une temporalité en spirales, une continuité d'être et de penser. Quelle est sa place en clinique de l'enfant et l'adolescent ? Sa mise en évidence pourrait-elle avoir une quelconque utilité sur un plan pratique ?

La réponse à ces questions mériterait sans doute un développement particulier s'appuyant sur des observations précises et bien documentées. Nous nous limiterons ici à quelques réflexions qui nous apparaissent pertinentes dans notre travail de clinicien.

La *trajectoire adolescente* avec ses avatars voit l'émergence d'émotions, de sentiments, de pensées à la fois intimes et inconnues, comme si la question de leur appartenance, de leur localisation ou de leur sens restait posée. En effet, dans cette période de nécessaire différenciation, l'exigence interne d'une pensée propre et l'appropriation du corps sexué doit s'accompagner de la capacité

à s'autoreprésenter et, en définitive, à se représenter en changement. Dans cette période de flottement identitaire, l'inscription de l'adolescent dans des relations à valeur d'intermédiaire, entre la relation de soi à soi et la relation de soi à l'autre, apparaît donc utile au maintien d'une cohésion et d'un sentiment de continuité de soi. De telles démarches constituent un véritable palier, un temps de passage nécessaire et structurant pour une mise en représentation de l'expérience vécue. À l'instar de la relation au compagnon imaginaire chez l'enfant, ces investissements peuvent revêtir plusieurs formes, comme la relation d'ordre gémellaire et les amours passionnelles homosexuelles, le compagnon fidèle et inséparable, sorte de « frère de cœur », ou encore le journal intime où « je vérifie que je suis, pas à pas, le même et à la fois déjà différent ». Mais l'inscription dans de telles relations qui engagent progressivement sur le chemin de l'individuation peut aussi être synonyme d'aliénation.

Les *troubles de l'empathie* ont, en clinique, un statut transnosographique. Ils sont notamment communs à la schizophrénie, aux dysharmonies de développement, aux troubles narcissiques et antisociaux [27]. Chez ces types de patients comme chez ceux présentant un fonctionnement limite, l'histoire du lien fraternel ou amical ainsi que l'expression de leur vécu relatif à ces types d'expériences comportent parfois certaines particularités [54]. Ces relations brillent par leur intemporalité et, faites d'emprise et de contrôle de l'objet dans un déni de l'altérité, ne souffrent que de peu de degrés de liberté. Elles ne constituent pas un véritable lieu d'échange structurant, mais révèlent plutôt une structure chîrale, chacun étant assujéti à un rôle bien défini au nom du maintien d'un lien à valeur existentielle. L'examen de ce dernier ainsi que les circonstances de son éventuelle modification, lorsque par exemple l'un des partenaires décide à l'adolescence de vaquer à ses occupations, constituent un facteur déclenchant d'une éclosion symptomatique.

Par ailleurs, certaines *conduites pathologiques* chez l'enfant ou l'adolescent pourraient être interprétées comme des amorces de jeu, des tentatives avortées, au travers d'une manœuvre de décentration, d'accès à la connaissance de l'autre et finalement de soi-même. C'est le cas du retournement passif/actif opéré par la patiente anorexique qui, inversant les rôles et comme animée par un fantasme d'auto-engendrement, soumise dans une relation passée faite d'aliénation et de dépendance, devient la mère nourricière de sa propre famille, ou encore de l'adolescent ex-victime d'abus sexuel, pris dans cette confusion des rôles et des langues décrite par Ferenczi qui deviendra abuseur : revêtant le rôle du bourreau, il se mettrait à la place de l'autre comme pour tenter de savoir ce que l'on ressent de l'autre côté, en termes de culpabilité non exprimée.

Sur un plan pratique et en référence au cadre thérapeutique, il est évident mais pas forcément inutile de rappeler que l'examen clinique et le recueil sémilogique passent d'abord par une véritable rencontre avec le patient et sa famille. Au cours des entretiens individuels, dans une démarche nécessairement empathique, la place occupée par le clinicien pourrait-elle, à certains égards, s'apparenter à une position fraternelle ? Dans une manœuvre de restauration narcissique et parfois de réanimation psychique de certains patients, afin de créer les conditions d'une dynamique d'échanges ludiques, il apparaît utile d'en passer par l'idée de reconnaître, puis de les rendre témoins de nos propres impressions en termes de pensées et d'affects. Cela consiste, plutôt que de nous efforcer en vain à les « faire parler », à dire au patient ce que nous, à sa place, pourrions ou aurions pu ressentir, mais aussi à lui livrer ce qu'il nous fait vivre dans l'ici et maintenant. En l'informant des effets de nos discours, de ses actes, il s'agit de le

révéler en négatif, au sens photographique du terme, et d'œuvrer ainsi dans le sens d'un début de continuité d'être et d'identité. Ce partage émotionnel et la nomination des éprouvés présents et passés, articulés au travail familial, permettraient de l'engager dans un processus de subjectivation. Si nous devions, de manière très schématique, décomposer ce qui se joue dans le travail thérapeutique individuel, nous pourrions en distinguer deux temps : un premier fait de partage émotionnel, empreint d'un certain brouillage des limites ; un temps second de reprise, de restauration des limites, consistant pour le clinicien, dans une position plus active, à mettre en mots ce co-ressenti.

Enfin, la question de l'empathie mérite d'être abordée sous un tout autre angle, celui des *troubles instrumentaux*. En effet, comme nous l'avons préalablement mentionné, les capacités d'imitation interrogent au premier plan les habiletés motrices (dans leur dimension kinesthésique) et les stratégies visuelles exploratoires de l'enfant. La dyspraxie visuospatiale (DVS) constitue une forme de trouble des habiletés motrices, appartenant au sous-groupe des dyspraxies constructives, dans laquelle des troubles oculomoteurs et du regard ont été observés [35, 47]. Concernant les activités d'assemblage et de construction, elle est sous-tendue par un trouble de l'organisation et de la structuration spatiale. Les troubles visuospatiaux pénalisent l'enfant qui doit imiter un geste complexe ou participer à des jeux collectifs, dès lors que sa poursuite oculaire déficiente ne lui permet pas d'apprécier convenablement la trajectoire et la vitesse d'un ballon à saisir ou que ses difficultés d'exploration de l'espace le conduisent à négliger des éléments importants du champ de jeu. De plus, la dyspraxie visuospatiale peut avoir un retentissement sur le fonctionnement global de l'enfant : certains enfants ne participent pas aux jeux sociaux, sont solitaires et isolés [48]. Ils présentent des scores élevés à la *child behaviour checklist* (CBCL, échelle des troubles du comportement chez l'enfant) concernant les plaintes somatiques, l'anxiété, la dépression et le retrait social [11]. Enfin, des parents rapportent plus de difficultés de socialisation et d'accordage émotionnel chez leur enfant [26], qui est très entravé dans ses capacités d'échanges imitatifs. Il semble donc particulièrement pertinent d'étudier la validité du lien entre l'empathie et la dyspraxie visuospatiale. Thakkar et al. [50] ont mené une étude impliquant 40 jeunes adultes répartis en deux groupes (21 hommes et 19 femmes) soumis à des tâches visuospatiales et à un autoquestionnaire d'empathie. Leurs résultats révèlent une différence significative entre les deux groupes et un résultat inattendu avec, chez les femmes, une corrélation négative entre les capacités d'empathie et la rapidité aux épreuves visuospatiales. Ce sujet n'a pratiquement pas été traité chez les enfants présentant un trouble envahissant du développement, cela étant d'autant plus vrai chez les patients dysharmoniques. En effet, un trouble de l'empathie est constamment retrouvé dans le tableau de dysharmonie, qu'il intègre ou non une dyspraxie visuospatiale, mais il peut être de sévérité variable. La question est de savoir si cette variabilité peut avoir un lien avec la présence d'une dyspraxie visuospatiale et, dans ce cas, avec son intensité.

Conclusion

« Le sujet se constitue dans la répétition qui marque le passage renouvelé sur des traces existantes [...] l'un s'engendre de la répétition » [25] et, au fond, en se délocalisant. Nous avons tenté de montrer que c'est par une répétition du même, sur le sol de

l'expérience intersubjective faite d'échanges imitatifs et de changements de points de vue, que l'enfant accède, en synchronie, à une conscience réflexive et, parallèlement, à la représentation de la pensée d'autrui. Ce jeu subtil fait de perçu et de vécu n'est possible qu'au regard d'un cadre (familial, social, scolaire) qui, dans un faire-semblant, autorise le passage à l'acte et l'expression des affects, avec un autre à la fois semblable et différent. Ce processus participerait ainsi d'une ligne de développement de l'empathie, elle-même indissociable du processus même de construction du sujet. Pour ces raisons, nous proposons de penser que l'identification, l'imitation et l'empathie sont trois dimensions d'un même processus. Sa description a été l'occasion d'une rencontre pluridisciplinaire et, en définitive, d'une conjonction tout à fait heureuse de points de vue, comme celui de Berthoz. Elle va en effet dans le sens d'une démarche clinique qui se doit d'être intégrative, où la psychopathologie doit autant se nourrir de la perspective psychodynamique que de l'apport des neurosciences.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABELY P. Le signe du miroir. In : Les psychoses et plus spécialement la démence précoce. Ann Méd Psy, 1930 : 28-36.
2. BARON-COHEN S. Perceptual role-taking and protodeclarative pointing in autism. Br J Dev Psychol, 1989,7 : 113-127.
3. BERTHOZ A. Délirer avec son corps : moi et mon double. In : La Décision. Paris, Odile Jacob, 2003 : 143-173.
4. BERTHOZ A. Physiologie du changement de point de vue. In : A Berthoz, G Jorland. L'empathie. Paris, Odile Jacob, 2004 : 251-275.
5. BERTHOZ A. La manipulation mentale des points de vue, un des fondements de la tolérance. In : A Berthoz, C Ossola, B Stock. La pluralité interprétative. Fondements historiques et cognitifs de la notion de point de vue. Les conférences du Collège de France, 2010 : 185-193.
6. BÜHLER C. [Études sociologiques et psychologiques sur la première année de vie], 1927.
7. CANGUILHEM G. Le normal et le pathologique. Paris, PUF, 1966.
8. DECETY J. L'empathie est-elle une simulation mentale de la perspective subjective d'autrui ? In : A Berthoz, G Jorland. L'empathie. Paris, Odile Jacob, 2004 : 53-88.
9. DECETY J. The neurodevelopment of empathy in humans. Dev Neurosci, 2010, 32 : 257-267.
10. DE M'UZAN M. Le même et l'identique. In : Répétition et instinct de mort. Revue française de psychanalyse, tome XXXIV, mai 1970, PUF : 441-453.
11. DEWEY D, KAPLANA BJ, CRAWFORDA S. Developmental coordination disorder : associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. Hum Mov Sci, 2002, 21 : 905-918.
12. DE WOLF M. Le moment faussement vivant de l'identification déboulante. In : Le roc du primaire. Topique, n° 17, avril 1976 : 71-95.
13. EISENBERG N, STRAYER J. Empathy and its development. New York, Cambridge University Press, 1990, 416 pages.
14. FERENCZI S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. In : Psychanalyse IV. Œuvres complètes (1927-1933). Paris, Payot, 1982 : 125-135.
15. FODOR JA. The modularity of mind : an essay on faculty psychology. Cambridge, MIT Press, 1983, 144 pages.
16. FREUD S. Totem et tabou (1912-1913). Trad. fr. S. Jankelevitch, Paris, Payot, 1965 : 58.
17. FREUD S. Psychologie des foules et analyse du moi, G.-W. XIII, Essais de Psychanalyse (1921). Paris, Payot, 1981 : 181.
18. FREUD S. Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (le petit Hans). In : Cinq psychanalyses. Paris, PUF, 1954 : 159.
19. GEORGEFF N. L'empathie aujourd'hui. Psychiatrie de l'enfant, 2008, 11 : 357-393.
20. GEORGEFF N, JEANNEROD M. Beyond consciousness of external reality. A "who" system for consciousness of action and self-consciousness. Consciousness and Cognition, 1988, 7 : 465-477.
21. GERGELY G, KOOS O, WATSON JS. Perception causale et rôle des comportements imitatifs des parents. In : J Nade, J Decety. Imiter pour découvrir l'humain. Paris, PUF, 2002, 216 pages.
22. GOLDMAN AI. Defense of simulation theory. Mind and Language, 1992, 7 : 104-119.
23. GOPNIK A. Theories and modules : creation myths, developmental realities, and neuroath's boat. In : P Carruthers, PK Smith. Theories of theories of mind. Cambridge, Cambridge University Press, 1996 : 169-183.
24. GORDON RM. "Radical" simulationism. In : P Carruthers, PK Smith. Theories of theories of mind. Cambridge, Cambridge University Press, 1996 : 11-21.
25. GREEN A. Répétition, différence, réplcation. Revue française de psychanalyse, tome 34, mai 1970.
26. GREEN D, BAIRD G, SUGDEN D. A pilot study of psychopathology in developmental coordination disorder. Child Care Health Dev, 2006, 32 : 741-750 [erratum in : Child Care Health Dev, 2007, 33 : 113].
27. GUILLÉ JM, COHEN D. Les perturbations de l'empathie sont au cœur des troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2010, 58 : 241-247.
28. IACOBONI M, WOODS RP, BRASS M et al. Cortical mechanisms of human imitation. Science, 1999, 286 : 2526-2528.
29. JEANNEROD M. The cognitive neuroscience of action. New York, Blackwell, 1997, 256 pages.
30. JORLAND G. L'empathie, histoire d'un concept. In : A Berthoz, G Jorland. L'empathie. Paris, Odile Jacob, 2004 : 19-49.
31. LACAN J. Les complexes familiaux dans la formation de l'individu (1938). Paris, Navarin, 1984 : 25-38.
32. LACAN J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. In : Écrits I. Paris, Le Seuil, 1966 : 89-97.
33. LESLIE AM. Pretense and representation. The origins of "theory of mind". Psychol Rev, 1987, 94 : 412-426.
34. LIPPS T. Einführung, innere Nachahmung, und Organempfindung. Archiv für die Gesamte Psychologie, 1903, 1 : 185-204.
35. MAZEAU M. Déficits visuospatiaux et dyspraxies de l'enfant. Du trouble à la rééducation. Paris, Masson, 2000, 172 pages.
36. MELTZOFF AN. La théorie du « like me » précurseur de la compréhension sociale chez le bébé : imitation, intention et intersubjectivité. In : J Nadel, J Decety. Imiter pour découvrir l'humain. Paris, PUF, 2002 : 33-57.
37. MELTZOFF AN, DECETY J. What imitation tells us about social cognition : a rapprochement between developmental psychology and cognitive neuroscience. Phil Trans R Soc Lond B, 2003, 358 : 491-500.
38. MELTZOFF AN, GOPNIK A. The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. In : S Baron-Cohen, H Tager-Flusberg, DJ Cohen. Understanding other minds : perspectives from autism. Oxford, Oxford University Press, 1993 : 335-365.
39. NADEL J, POTIER C. Imiter et être imité dans le développement de l'intentionnalité. In : J Nadel, J Decety. Imiter pour découvrir l'humain. Paris, PUF, 2002 : 83-104.
40. PETIT JL. Empathie et intersubjectivité. In : A Berthoz, G Jorland. L'empathie. Paris, Odile Jacob, 2004 : 123-147.
41. PIAGET J. Play, dreams, and imitation (1945). New York, Norton, 1962, 308 pages.
42. PIAGET J, INHILDER B. La représentation de l'espace chez l'enfant. Paris, P.U.F, 1947.
43. RIZZOLATTI G, FAGIDA L, GALLESE V, FOGASSI L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. Cogn Brain Res, 1996, 3 : 131-141.
44. ROGERS SJ, COOK I, MERYL A. Imitation and play in autism. In : FR Volkmar, R Paul, A Klin, D Cohen. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Vol. I. Diagnosis, development, neurobiology, and behaviour, 3^e ed. Hoboken, Wiley, 2005 : 382-405.

45. SARTRE JP. L'être et le néant, essai d'ontologie phénoménologique. Paris, Gallimard, 1943.
46. SCILLES R. Réflexions autour du double fraternel. *Imaginaire & Inconscient*, 2004, 2 : 71-82.
47. SIGMUNDSSON H, HANSEN PC, TALCOTT JB. Do "clumsy" children have visual deficits ? *Behav Brain Res*, 2003, 139 : 123-129.
48. SMYTH MM, ANDERSON HL. Coping with clumsiness in the school playground : social and physical play in children with coordination impairments. *Br J Dev Psychol*, 2000, 18 : 389-413.
49. STERN DN. Le sens d'un soi émergent. *In* : Le monde interpersonnel du nourrisson. Paris, PUF, 1997 : 57-95.
50. THAKKAR KN, BRUGGER P, PARK S. Exploring empathic space : correlates of perspective transformation ability and biases in spatial attention. *PLoS One*, 2009, 4 : 58-64.
51. WALLON H. Les origines du caractère chez l'enfant. *In* : Les préludes du sentiment de personnalité, Troisième partie : « la conscience de soi » chap. V : stade des personnalités interchangeables » (1934). Paris, PUF, 1973 : 216-217.
52. WALLON H. Niveaux et fluctuations du moi (1956). *In* : Enfance, numéro spécial Henri Wallon, 1959-1963. Paris, PUF, 1965 : 88-89.
53. WINNICOTT DW. Le rôle de miroir de la mère et de la famille. *In* : Jeu et réalité. Paris, Gallimard, 1971 : 155.
54. XAVIER J. Le lien fraternel en clinique de l'adolescent : à propos de trois situations cliniques d'anorexie mentale. *Perspectives psychiatriques*, 2010, 49 : 90-101.
55. XAVIER J, BONNOT O. Expérience fraternelle et diversité des points de vue : vers un modèle développemental et intégratif de l'empathie ? *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, à paraître.

LE FRATERNEL PSYCHANALYTIQUE DANS LE DÉVELOPPEMENT

3 —

Pierre FERRARI

Le fraternel trouve son véritable enracinement psychanalytique dans l'œuvre de Freud, *Totem et Tabou* (6). Le statut de frère naît du meurtre du père primitif postulé par Freud non comme un mythe mais comme un fait réel à l'origine de l'humanité.

Le fraternel avec *Totem et Tabou*

Avec *Totem et Tabou*, ouvrage de Freud le plus contesté, mais qu'il considérait lui-même comme l'une de ses plus importantes contributions après *L'Interprétation des rêves*, le statut de frère naît de ce crime commis en commun : le meurtre du père primitif. Ce meurtre est considéré par Freud non comme une représentation mythique qui viendrait simplement mettre en image le désir individuel du meurtre, mais comme un fait qui aurait réellement existé à l'aube de l'humanité et dont les conséquences seraient majeures : acte fondateur de l'humanité, fondateur de la culture, mais aussi organisateur du lien social. Acte refoulé, censuré, mais toujours présent et actif dans l'inconscient individuel et susceptible de réapparaître dans les symptômes individuels.

Freud fait naître les frères de la horde primitive et du meurtre du père. Si c'est le meurtre du père qui instaure le père comme tel, c'est ce même meurtre qui instaure les fils de ce père comme des frères. « Les frères se rassemblèrent », dit Freud. « Ils haïssaient le père qui s'opposait à leurs besoins de puissance et à leurs existences sexuelles mais, en même temps, ils l'admirèrent. » C'est du sentiment de culpabilité éprouvé par les frères du fait même de ce meurtre que sont nés les deux tabous du totemisme :

- l'attitude respectueuse à l'égard de l'animal totemique, symbole du père mort ;

- le tabou de l'inceste par lequel les fils s'interdisaient eux-mêmes de faire ce que le père, autrefois, leur avait interdit de faire. L'interdit de l'inceste venait ainsi éviter que les frères ne s'épuisent dans une nouvelle rivalité et dans une lutte fratricide. Associés tant qu'il s'agissait de supprimer le père, ils risquaient de devenir rivaux pour s'emparer des femmes de la horde, chacun voulant, à l'exemple du père, les posséder toutes pour lui.

Le lien fraternel repose donc sur un rassemblement d'êtres unis par un lien libidinal, lien qui a trouvé son ancrage dans le vécu de sentiments partagés en commun : haine commune éprouvée envers le père et sentiment d'impuissance face à lui. Le lien libidinal qui, dans le groupe fraternel, tel que l'a conçu Freud, unit les frères entre eux et maintient leur cohésion repose ainsi sur un

complot, complot qui ne sera jamais oublié (c'est lui qui ressurgira dans la rivalité fraternelle et le fratricide).

Si la conspiration préside à la naissance des frères, c'est le repas totemique qui vient sceller leur alliance et le culte de l'animal totemique symbole du père mort. L'alliance scelle un lien d'amour, fondé sur le partage des dépouilles du père, l'intériorisation de ses capacités de puissance et la reconnaissance de l'altérité des autres membres du groupe.

Freud rappelle que l'interdit de l'inceste s'applique à l'ensemble des membres d'un groupe possédant le même totem. L'interdit de l'inceste à l'intérieur du groupe des frères évite que ceux-ci ne s'épuisent dans une lutte fratricide pour la possession des femmes. Freud insiste sur le fait que l'interdit de l'inceste affecte tout autant les relations entre un homme et sa sœur que celles entre un homme et sa mère, et d'évoquer les coutumes en vigueur en Mélanésie ou en Nouvelle-Calédonie. Lorsqu'un frère et une sœur se rencontrent, celle-ci se cache dans les buissons, et lui passe sans se retourner vers elle. Ainsi l'interdit de l'inceste est-il au centre de la relation fraternelle, donnée souvent négligée des cures psychanalytiques. Les sentiments incestueux entre une sœur et son frère, par exemple, ne sont pas seulement des déplacements sur le frère de la problématique oedipienne de la fille vis-à-vis de son père, ils constituent à eux seuls le centre d'une dynamique conflictuelle spécifique où se jouent à la fois une relation de tendresse rappelant les émois de la relation à la mère, mais aussi une relation franchement sexualisée et génitalisée, étayée sur les jeux sexuellement excitants qu'autorise la proximité, voire la promiscuité corporelle entre la fratrie, à laquelle fait ainsi allusion, dans le récit de l'analyse de « L'homme aux loups » la relation érotisée du patient avec sa sœur aînée.

Le patient évoque une scène de rêve où il tente de voir sa sœur nue et de lui enlever ses vêtements, et où ressurgit un souvenir ancien où cette sœur l'avait séduit en le poussant à des pratiques sexuelles en s'emparant de son sexe et jouant avec, en lui racontant d'incompréhensibles histoires. « Lors des orages sexuels de la puberté, le patient osa tenter avec elle un rapprochement physique intime et qu'elle aurait repoussé avec autant de décision que d'adresse. Il détourna aussitôt d'elle son désir pour le porter vers une petite paysanne qui était à leur service et portait le même nom que sa sœur. »

« Si tous les objets d'amour étaient des substituts de la sœur à lui refusée, on ne peut nier qu'une tendance à la rabaisser, à mettre fin à cette supériorité intellectuelle qu'il avait, en son temps, tellement écrasée, n'ait réussi à jouer un rôle décisif dans son choix objectal. »

Dans ce récit de « l'homme aux loups », Freud ne souligne pas le caractère d'interdit incestueux qui pèse sur les jeux sexuels de « l'homme aux loups » et de sa sœur, mais insiste en revanche sur le caractère traumatique de la séduction précoce par la sœur. L'interdit incestueux de la relation fraternelle n'apparaît que dans le refus de la sœur au moment de l'adolescence d'accepter un « rapprochement physique intense ». Freud montre aussi combien la persistance d'un lien incestueux fraternel, même s'il est remanié plus tardivement par des processus défensifs, peut peser sur l'avenir libidinal d'un sujet et sur son choix d'objet sexuel. « L'homme aux loups » choisira dans ses relations amoureuses des jeunes femmes à l'image de sa sœur mais dépourvues des qualités intellectuelles de cette dernière, qualités dont il avait lui-même souffert.

Le frère comme intrus

En 1938, Jacques Lacan, a écrit pour l'*Encyclopédie française* consacrée à « La vie mentale », un texte intitulé « Les complexes familiaux » [10] dans lequel il développe le « complexe de l'intrusion » comme une expérience primitive qu'est amenée à faire tout être humain lorsqu'il se connaît des frères, c'est-à-dire « lorsqu'il voit un ou plusieurs de ses semblables participer avec lui à la relation domestique », quelle que soit par ailleurs la place qu'il peut occuper dans cette expérience, place du nanti ou place de l'usurpateur. Lacan prend, pour illustrer son propos, l'observation tirée des confessions de saint Augustin : « J'ai vu de mes yeux et bien observé un tour perir en proie à la jalousie, il ne parlait pas encore et ne pouvait, sans pâlir, arrêter son regard au spectacle amer de son frère de lait ». Lacan voit dans cette jalousie quelque chose de très différent de la simple rivalité vitale liée à la recherche de la possession d'un objet aimé et à l'élimination du rival. Pour lui, cette situation primitive de jalousie constitue un moment fondateur de la construction de la personne et de la distinction moi/autrui, précurseur du sentiment d'individuation. Le spectacle amer du frère de lait, métaphore visuelle du drame de la jalousie fraternelle, constitutif pour Lacan de la différenciation moi/autrui, en même temps que du lien social, apparaît comme un processus porteur de multiples significations.

Double fraternel et jumeau imaginaire

Avant d'être un autre, le frère constitue une image spéculaire du moi, frère neutre non sexué ; ce double est investi de libido homosexuelle narcissique. « Le double est l'objet électif des exigences homosexuelles de la libido », dit Freud.

Ici le jumeau imaginaire n'est pas un autre. Il entretient la confusion narcissique et la fascination aliénante du transrétrovisif où l'enfant confond l'image de l'autre et la sienne propre.

Pour Lacan, dans la mesure où il se confond avec l'image du moi dans le miroir, le double permet cependant d'appréhender le corps dans sa globalité et dans sa totalité, participant ainsi au début du processus d'individuation.

Mais c'est seulement d'un processus identificatoire à l'image fraternelle que peut naître un sujet différencié du double, sujet qui s'est réapproprié ses propres traits que l'image du double

avait originellement investis. L'agressivité envers l'image fraternelle n'est, dans cette perspective, que d'apparition secondaire, au décours de ce processus identificatoire qui différencie l'un de l'autre, le frère et le double. Le frère peut alors devenir un objet tiers avec lequel peut s'instaurer le lien social. B. Brusser [4] souligne, de façon fort pertinente, que l'une des caractéristiques de la relation d'objet fraternel est de confronter le sujet avec l'altérité d'un objet qui est à la fois un double de soi et un étranger.

Cependant, le rapport aliénant au double narcissique constitue chez le sujet une problématique jamais épuisée, toujours reprise, notamment dans le rapport du moi au moi idéal, mais aussi comme temps constitutif de l'homosexualité narcissique primitive et de la paranoïa.

Il convient ici rappeler la contribution de W. Bion à la problématique du jumeau imaginaire. W. Bion relate notamment le cas d'un patient qui entretenait des conversations avec un jumeau imaginaire, décrit ainsi par lui comme porteur des parties clivées de la personnalité du patient (partie idéalisée, partie mauvaise ou partie homosexuelle de lui-même). Il conclut cette description en posant la question de l'existence d'un lien essentiel entre la capacité à personifier des clivages de la personnalité et la capacité décrite par M. Klein à la formation du symbole comme facteur de développement du moi. Cette problématique de l'aliénation au jumeau imaginaire est réactivée dans certaines psychoses schizophréniques marquées par les syndromes d'influence ou d'automatisme mental.

N. est une adolescente de 14 ans lorsque je la rencontre. Elle présente un syndrome d'automatisme mental. Elle parle de son frère comme d'un jumeau dont elle se sent indissociable. « On est deux frères », dira-t-elle en parlant de lui. Elle pense qu'elle communique directement avec lui, qu'elle entend son frère lui parler, pense qu'il la voit dans une caméra. Elle dessine sur les murs de mystérieux signes cabalistiques, prenant des airs entendus, voulant signifier à l'interlocuteur que celui-ci, comme son frère, est censé parfaitement comprendre la signification de ces signes.

N. est la sœur cadette d'un frère sourd-muet âgé de 17 ans. Les parents, d'origine turque, sont venus s'installer en France tout spécialement pour faire soigner le frère aîné particulièrement investi par eux. Ce frère, en parfaite santé psychique, très adapté à la réalité, vient d'être admis dans un lycée spécialisé lorsque survient l'épisode pathologique de sa jeune sœur.

L'entretien avec N. et ses parents apprendra que, depuis toujours, celle-ci vivait en relation étroite, quasi spéculaire, avec ce frère dont elle partageait la chambre. Surtout, elle servait de messager entre ce frère et ses parents, traduisant pour ceux-ci le langage gestuel de son frère, langage qu'elle disait avoir toujours compris sans jamais avoir eu besoin de l'apprendre. C'est en fait, semble-t-il, au moment où s'éloigne cette relation spéculaire que celle-ci exerce tout son aspect destructurant sur le sentiment d'identité et que se développe ce syndrome dissociatif d'automatisme mental, destiné à maintenir la relation contraignante au double fraternel.

Le frère comme obstacle au désir du sujet

Le frère, objet tiers substituable de toutes les triangulations en jeu dans les activités fantasmatiques (œdipiennes et pré-œdipiennes), apparaît ainsi comme le support des interdits et limitations portés au désir du sujet.

À ce titre, on peut dire que, dans le cours du processus analytique, la problématique fraternelle est au cœur du transfert : l'analyste y serait vécu, aux yeux de l'analysant, comme celui qui, en lieu et place du petit frère nanti, serait censé jouir de l'objet sein maternel, alors que l'analysant serait réduit au rôle de spectateur amer empêché dans sa possibilité de jouissance. « De qui sommes-nous frères, dans tout autre discours que le discours analytique ? Est-ce qu'il ne vous semble pas que ce mot "frère" est justement celui auquel le discours analytique donne sa présence ? », demande Lacan [10].

La liquidation du transfert est décrite par Lacan comme une « reconfiguration » du frère qui renonce ainsi à cette confrontation des désirs et des corps. « Notre frère transfiguré, c'est cela qui naît de la configuration analytique et c'est celui qui nous lie à celui qu'improprement on appelle notre patient. » La problématique transférentielle de l'analyse serait ainsi le passage de la « frèricité » (pour reprendre un néologisme avancé par M.M. Chatelet) de la rivalité fraternelle à la fraternité qu'exige l'établissement du lien social.

Le fratricide

La psychanalyse s'inscrit en faux contre des représentations trop simplistes du lien fraternel : amour, considération et respect réciproque, à partir d'un vécu partagé en commun et d'une filiation identique. Le lien fraternel ainsi conçu serait débarrassé de toute connotation sexuelle et de toute dimension haineuse. Le lien puissant d'appartenance à un même groupe, la référence commune à un idéal de fraternité et d'égalité devraient exclure toute possibilité de lutte fratricide. Nous savons qu'il n'en est pas ainsi.

Comment comprendre cette rupture du lien d'alliance entre les frères que constitue le fratricide rerouvé dans tous les mythes, les récits bibliques et actifs au quotidien dans tous les groupes humains. Plusieurs significations me semblent pouvoir être dégagées du fratricide.

- La *résurgence du meurtre du père primitif*. Il faut penser que l'impulsion meurtrière vis-à-vis du père, possesseur des femmes de la horde refoulée, n'a jamais, au niveau individuel, été complètement oubliée et qu'elle peut ressurgir lorsque se précise imaginativement, à nouveau, une menace hégémonique à l'intérieur du groupe de possession des femmes de la horde.

- G. Rosolato [13] a bien décrit le *processus sacrificiel de la victime émissaire*, à la base de toutes les religions monothéistes, comme processus régulateur de la violence destructrice à l'intérieur des groupes, violence détournée sur la victime émissaire. Sacrifice d'Isaac, détourné sur le bœuf dans le judaïsme, sacrifice de Jésus dans la religion chrétienne, sacrifice d'Ismaël pour l'islam.

- *Meurtre du frère, objet narcissique de la mère*. Dans son récit des débuts de l'humanité, la Genèse précise :

« L'homme connut Ève sa femme ; Ève conçut et enfanta Caïn et elle dit : "j'ai acquis un homme de par Yahvé". Elle donna aussi le jour à Abel frère de Caïn. Abel devint pasteur, Caïn cultivait le sol. »

Le temps passa et il advint que Caïn présenta des produits du sol en offrande à Yahvé et qu'Abel, de son côté, offrit des premiers nés de son troupeau. Yahvé agréa Abel et son offrande, mais n'agréa pas Caïn et son offrande. Caïn en fut très irrité. Yahvé dit à Caïn « Pourquoi es-tu irrité et pourquoi ton visage est-il abattu ? Si tu es bien disposé, ne relèveras-tu pas la tête ? Mais, si tu n'es pas bien

disposé, le péché n'est-il pas à la porte, une bête tapie qui te convoite. Pourras-tu la dominer ? » Caïn dit à son frère : « Allons dehors. » Caïn se jeta sur Abel et le tua.

Yahvé dit à Caïn : « Où est ton frère Abel ? » Il répondit : « Je ne sais pas, suis-je le gardien de mon frère ? » Yahvé reprit « Qu'as-tu fait. Écoute le sang de ton frère crier vers moi du sol ! Maintenant, sois maudit du sol fertile... Tu seras un errant parcourant la terre... Caïn de dire : « Je serai un errant parcourant la terre mais le premier venu me tuera. » Yahvé lui répondit : Aussi bien si quelqu'un tue Caïn, on le vengera sept fois. » Et Yahvé mit un signe sur Caïn afin que le premier venu ne le frappa point » (Genèse, 4, 1-15).

- Le premier meurtre des écritures est ainsi un fratricide. Ainsi dit la Genèse, le début de l'humanité serait marqué par le fratricide dont on peut penser qu'il pourrait se reproduire indéfiniment, mettant en question la survie de l'humanité. (« Le premier venu me tuera », dit Caïn) si un interdit divin (marqué par un signe mis sur Caïn) ne venait rompre cet enchaînement fratricide. Plus loin, la genèse précise que, quand Adam eut 130 ans, il engendra un fils à sa ressemblance comme son image et lui donna le nom de Seth.

On voit que la Genèse se situe dans une perspective quelque peu différente de celle de *Totem et Tabou*. Le premier meurtre, fondateur de l'humanité, n'est plus le parricide mais le fratricide, mais, point essentiel, la séquence de filiation, le passage du père au fils (d'Adam à son fils Seth, seul reconnu comme fils) connaît l'étape obligée de l'affrontement fratricide (Caïn et Abel), souligné par J. Attali [1]. Comment comprendre dans ce système de filiation la signification du fratricide. Des deux frères, chacun possède une place spécifique. Caïn possède, un statut très particulier, issu de la toute-puissance divine « acquis de par Yahvé »). Caïn est inscrit d'emblée comme un enfant objet de jouissance narcissique de la mère, adossé à la toute-puissance du désir maternel, fruit de cette toute-puissance capable de séduire Yahvé, lui-même. Enfermé dans une relation duelle à la mère, Caïn pourrait apparaître comme le symbole du phallus maternel et de la toute-puissance maternelle.

Abel, dont les offrandes sont les seules acceptées par Dieu, apparaît lui, de ce fait, comme le symbole de celui qui vient menacer de déloger Caïn de son statut d'omnipotence, liée à sa place dans le désir maternel. Il instaure une triangulation pré-œdipienne (qui se solde par la suppression d'un rival non paternel).

Ainsi le sens profond de ce premier affrontement fratricide, d'où s'originerait l'humanité, ne serait-il pas de venir signifier que la mise en place d'un système de filiation et l'acquisition d'un statut de fils ne peuvent advenir que de la destitution de l'enfant, de son accrochage à la toute-puissance et de la perte de sa place de phallus maternel ? C'est alors que Seth fils d'Adam peut naître. Ainsi le message de la genèse pourrait-il se résumer comme suit : pour devenir fils et assumer la continuation des générations, il est nécessaire de sortir de l'emprise du désir maternel. Ce « désespoir » est violente, elle fonde la culpabilité et la faute alors que *Totem et Tabou* fonde la culpabilité sur le désir du meurtre du père primitif.

Ces réflexions rejoignent celles de R. Kaes [7] à propos du cas de l'un de ses patients animé par un violent désir meurtrier vis-à-vis de son frère cadet. R. Kaes situe ce désir, non comme le déplacement défensif d'un désir patricide, dans le cadre œdipien, mais comme une manifestation spécifique du complexe fraternel. Le conflit dans cette problématique où se jouent deux désirs contradictoires pourrait se résumer ainsi : « tu es le double fraternel

hâï » pour se maintenir dans le statut de complément narcissique phallique de la mère mais, en même temps et dans le même mouvement meurtrier, mettre en scène l'attachement de sa propre symbiose au désir et au corps maternel.

La rivalité fraternelle

Conflit agressif visant à l'élimination du rival et né de la compétition entre deux protagonistes pour une même place et pour un même objet d'amour, cette rivalité est présente dans toute la vie et l'œuvre de Freud. Nous en évoquerons quelques figures.

- La *rivalité fraternelle dans la vie de Freud*. Julius, jeune frère de Freud, naquit lorsque ce dernier avait 17 mois. Il mourut 6 mois plus tard.

Dans *Naissance de la psychanalyse*, lettre à Fliess du 3 octobre 1897 [5], Freud fait allusion à cet épisode de sa vie. « Tout me fait croire que la naissance d'un frère, d'un an plus jeune que moi, avait suscité en moi de méchants souhaits, une véritable jalousie enfantine, et que sa mort (survenue quelques mois plus tard) avait laissé en moi le germe d'un remord. » La mort prématurée de Julius a ainsi contribué à culpabiliser le mouvement de jalousie et les souhaits de mort vis-à-vis de ce frère puîné.

Si c'est l'intrus qu'évoque la figure de Julius, c'est plutôt celle du jumeau imaginaire, double narcissique idéalisé qu'évoque la figure de Fliess. À propos de leur relation, D. Anzieu [2] disait que « Freud se regarde en Fliess, son cadet de deux ans, comme dans un miroir. Il constitue pour lui un jumeau, un double idéalisé de lui-même : à la lecture et à la critique duquel, il soumet tous ses travaux jusqu'en 1900 ». Freud aura à effectuer un travail de séparation d'avec cette image gémellaire, travail que lui permettra son auto-analyse.

Fliess perdra son statut de moi idéalisé pour devenir un autre, puis rapidement un étranger dont les conceptions scientifiques seront reconnues comme radicalement étrangères à la psychanalyse, voire incompatibles avec elle. Cette séparation n'aura été possible qu'après l'auto-analyse et qu'après que Freud eut reconnu l'élément homosexuel narcissique de son attachement à Fliess. « Rien ne peut pour moi remplacer les contacts avec un ami, c'est un besoin qui répond à quelque chose en moi, peut-être quelque chose de féminin. »

Lorsque l'on évoque la place du fraternel dans l'histoire de la psychanalyse, on ne saurait oublier A. Adler dont les relations avec le mouvement psychanalytique furent de courte durée, marquées par des divergences théoriques telles qu'elles pousseront Adler à abandonner la psychanalyse en en contestant les point les plus fondamentaux comme les concepts de libido et de complexe d'Œdipe, pour s'orienter vers une psychologie individuelle fondée sur une caractérogénie qui a pu paraître quelque peu sommaire et réductrice.

Pour notre propos, l'intérêt du rappel de l'œuvre d'A. Adler est de souligner l'importance de la problématique fraternelle dans son travail. Ce qui fonde la psychologie adlerienne, c'est l'existence chez l'être humain de sentiments d'infériorité contre lesquels il lutte par des tentatives d'affirmation de soi, par une exaltation de son sentiment de personnalité et par la mise en œuvre de projets ou s'affirme sa volonté de puissance. Si les sentiments d'infériorité peuvent s'originer dans des défaillances de l'équipement neurobiologique, c'est avant tout dans la rivalité fraternelle, liée à la

place de l'enfant dans la fratrie et aux modalités respectives d'investissement de chacun des enfants de la fratrie, par les parents, que se développent les sentiments d'infériorité et les attitudes compensatrices, fondement de la caractérogénie adlerienne. Si cette psychologie adlerienne n'a plus guère cours actuellement, on peut cependant observer qu'elle s'inscrit, comme nous le soulignons précédemment, dans la perspective d'une confrontation conflictuelle entre le moi et son double fraternel idéalisé.

Le fraternel chez M. Klein [8, 9]

Les frères-bébés occupent une place de choix chez M. Klein, comme figures emblématiques des conflits qui se passent chez l'enfant dans la relation primaire à la mère et au sein.

- Les bébés dans le corps de la mère. M. Klein a fait jouer un rôle important dans les fantasmes du tout jeune enfant aux bébés du ventre maternel qui côtoient, dans celui-ci, le pénis paternel. Ces bébés conçus comme le fruit de l'union du pénis paternel et du corps maternel, constituent aux yeux de l'enfant le symbole de cette union, mais aussi et surtout le symbole de la fertilité maternelle ainsi que de la vitalité et de l'amour attachés au sein et au corps maternel.

Dans cette perspective, le frère n'est pas, comme précédemment, un rival externe qui menacerait l'enfant de déposition du sein dans un affrontement rivalitaire triangulaire où pourraient se déployer les sentiments de jalousie entre deux personnes pour la possession d'un même objet d'amour. Il est partie non séparée du corps maternel, partie précieuse et enviable. À ce titre, la partie fraternelle du corps maternel peut être la cible d'attaques sadiques et envieuses de l'enfant. À ce stade, le frère n'est pas encore le rival, il est la partie précieuse du corps maternel dont il convient de s'approprier les qualités, au besoin en en détruisant la source fraternelle.

Le cas de Richard rapporté par M. Klein constitue ainsi une illustration particulièrement éclairante des attaques contre l'autre fraternel du corps de la mère (ces bébés rats ou bébés étoiles de mer, comme les décrit Richard). Ces bébés fraternels, objets des envies destructrices de Richard, se transforment en autant d'objets menaçants et persécuteurs, destructeurs du corps maternel dont ils menacent la fertilité et la vitalité et persécuteurs, en retour, de l'enfant. Ici, le frère devient, non plus le symbole de ce qui est enviable dans le corps maternel, mais l'image d'un persécuteur interne menaçant la mère et l'enfant et tendant à exercer un contrôle omnipotent sur la fécondité maternelle pour en éliminer les frères potentiels à venir. Les rivaux fraternels externes, hors du corps maternel, n'apparaissent ainsi que secondairement, comme projection externe des persécuteurs fraternels internes (la peur des bébés internes est déplacée chez Richard sur une crainte des enfants du monde extérieur).

Les bébés internes deviennent des rivaux fraternels externes préservant d'autant le corps et le sein maternels qui peut ainsi être à nouveau idéalisé et rester à l'abri des attaques destructrices. « Il existait un rapport étroit entre la peur de Richard devant le mauvais pénis de son père contenu dans le corps de sa mère et sa phobie des enfants. Les deux craintes se rattachaient intimement aux fantasmes sur l'intérieur de sa mère comme rempli de danger. Il pensait, en effet, qu'il avait attaqué et blessé les bébés imaginaires, que le corps de sa mère renfermait et que ceux-ci étaient devenus des ennemis. Une grande partie de cette

angoisse avait été reportée sur les enfants du monde extérieur », dit M. Klein.

Conclusion

Ce parcours du fraternel psychanalytique [3, 12] n'épuise bien entendu pas les multiples significations que peut posséder le fraternel dans l'inconscient individuel, pas plus qu'il n'épuise les diverses activités fantasmatiques dans lequel ce fraternel peut être engagé.

La spécificité du complexe fraternel a été souvent méconnue et ramenée un peu trop hâtivement à la problématique œdipienne par le biais d'un simple déplacement du père au frère et de la mère à la sœur, interprétation sans doute souvent exacte et pertinente, dans le cadre d'une cure, mais qui peut masquer, derrière elle une méconnaissance des traits spécifiques de la relation fraternelle, dans le souci, sans doute légitime, comme le souligne B. Brusset [4], de réaffirmer le caractère fondateur du complexe d'Œdipe. Malgré cela, le fraternel, le lien fraternel qui soutient la relation du sujet à ce fraternel et les conflits qui s'actualisent dans ce lien me semblent être porteurs d'une certaine spécificité.

Le cheminement du fraternel en chacun pourrait peut-être se résumer de la façon suivante : partie précieuse et enviable du corps maternel et objet des attaques envieuses de l'enfant, complètement narcissique phallique de la mère, position dont le fraternel devra se dégager pour entrer dans l'ordre de la filiation, double narcissique idéalisé et possible porteur des parties clivées de la personnalité et élément central du « triangle rivalitaire », selon J. Laplanche [11], participant directement à la distinction moi/autrui, à l'élaboration du sentiment d'individuation et à la symbolisation des limitations liées à la mégalomanie du désir du sujet. Tels sont, me semble-t-il, quelques-uns des destins possibles du fraternel en chacun.

- *La fratrie et son représentant psychique*. Le fraternel constitue aussi le contenant groupal de la vie et de l'histoire familiale, sorte de lieu psychique où s'entrecroisent les différentes versions de l'histoire familiale ; contenant porteur d'une intimité et d'une complicité commune et partagées par les membres de la fratrie face à la cohésion du couple parental. Complicité d'un « combat partagé entre les membres et de soutien fraternel réciproque entre eux », « vieux combattant » d'une histoire commune sans cesse évoquée en arrière-fond dans une coalition des frères ainsi rappelée des origines.

BIBLIOGRAPHIE

1. ATTAL J. Frère semblant-la frèricité. Revue du Littoral, 1990, n° 30.
2. ANZIEU D. L'auto-analyse de Freud et la découverte de la psychanalyse, tome I. Paris, PUF, 1975.
3. BOURGUIGNON O et al. Le fraternel. Paris, Dunod, 1999, 276 pages.
4. BRUSSET B. Le lien fraternel et la psychanalyse. Psychanalyse à l'université, tome 12, n° 45 : 5-41.
5. FREUD S. Le jeu d'introduction à la psychanalyse, 1915-1917. In : Œuvres complètes. Paris, PUF, vol. XIV : 9-480.
6. FREUD S. Totem et tabou, quelques concordances d'âme dans la vie des sauvages et des névrosés, 1912-1913. In : Œuvres complètes. Paris, PUF, vol. XI : 189-385.
7. KAES R. Le complexe fraternel. Aspects de sa spécificité. Topique (revue freudienne), « Le Double », 1993, n° 51.
8. KLEIN M. La psychanalyse des enfants. Paris, PUF, 1969, 321 pages.
9. KLEIN M. Essais de psychanalyse. Paris, Payot, 1978, 452 pages.
10. LACAN J. Les complexes familiaux. Paris, Navarin, 1984.
11. LAPLANCHE J. Sexual : la sexualité élargie au sens freudien, 2000-2006. Paris, PUF, 2007, 302 pages.
12. RABAIN JF. La rivalité fraternelle. In : S. Lebovici, R. Diatkine. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, tome 4. Paris, PUF, 1995 : 2549-2576.
13. ROSOLATO G. Essais sur le symbolique. Paris, Gallimard, 1969, 368 pages.

— 4 DÉVELOPPEMENT DE LA SENSORIALITÉ FŒTALE

L'anténatal comme premier chapitre de la vie

Michel SOULÉ et Marie-José SOUBIEUX

La psychiatrie infantile s'est construite au cours des dernières décennies en déplaçant ses intérêts depuis l'adolescence et la délinquance juvénile sur l'enfant et ses troubles scolaires et de comportement, le bébé et ses interactions, avec notamment l'acquisition du langage, le nouveau-né, le prématuré et enfin le fœtus. Les études sur le prématuré étaient déjà une approche de la vie fœtale puisque l'expression pour le désigner est celle de « fœtus dehors ». La psychosomatique très précoce [2], longtemps adossée à la naissance, prend désormais en considération ses racines somatiques prénatales [4, 7].

De tous temps, la science n'avait pas accès au fœtus mais, depuis les années 1980, l'échographie et les techniques de prélèvement ont constitué une nouvelle science : la médecine anténatale ou fœtale [1], donc le diagnostic anténatal avec ses corollaires, une médecine, une chirurgie et une prévention anténatales. Dans les cas dramatiques, la possibilité d'une interruption médicale de grossesse, si elle soulage les parents de la crainte d'une rare malformation, bouleverse en revanche, dès le troisième ou quatrième mois la relation de la mère avec son fœtus. Désormais, un nouveau champ d'action s'ouvre pour la psychiatrie infantile et le psychiatre a toute sa place dans l'équipe pluridisciplinaire pour une action en direction des parents, mais aussi des intervenants. Cette action est en fait inscrite dans toute politique de prévention précoce [5].

Toutes les compétences sensorielles et motrices du fœtus [3] sont l'objet d'observations nouvelles, mais parfois, certains – et pas seulement dans le grand public – en tirent des conclusions qui prêtent au fœtus un vécu, des sensations, voire des pensées très idéalisées et ne tiennent pas compte d'un développement progressif qui va du point zéro jusqu'à un état qui est celui du nouveau-né.

Il est devenu habituel, dans toute observation de psychiatrie infantile, d'approfondir l'anamnèse portant sur les toutes premières années de la vie. Depuis cette décennie, on prend en compte l'anamnèse portant sur la période anténatale qui constitue le véritable premier chapitre. Nous avons décrit son intérêt pour comprendre la psychosomatique très précoce de l'enfant. Nous avons aussi décrit le vécu parental, celui des grands-parents et celui de la fratrie. Cette période influencera de façon profonde l'histoire à venir de l'enfant, mais aussi de la famille. Les examens pendant cette grossesse et, parmi ceux-ci, au premier plan l'échographie constituent désormais un autre vécu émotionnel

fondamental. Le développement de la psychiatrie fœtale [6] nous apprend beaucoup sur ce qui se passe dans toute grossesse et dans toute échographie. Toute cette médicalisation, salvatrice pour certains, intrusive pour d'autres, bouleverse le vécu humain établi depuis des millénaires. Si elle a réduit la mortalité et la morbidité périnatales, elle contraint les parents à des confrontations parfois difficiles et peut-être préjudiciables à la bonne harmonie des interactions futures. Cela est encore plus perturbant lorsque s'est développée une inquiétude importante devant des images douteuses et, surtout, si l'éventualité d'une interruption médicale de grossesse (IMG) a été évoquée. Les aléas dans l'investissement laissent souvent des cicatrices. On doit également constater que tous ces examens, même avec leur perfectionnement (échographie 3D et 4D, amniocentèse, biopsie) ne peuvent pas assurer une certitude, malgré les exigences accrues des futurs parents (voir le nombre d'affaires médico-légales à propos des « erreurs » de diagnostic et des préjudices d'« être né »).

Il faut donc proposer maintenant une aide psychologique à la grossesse pour atténuer, dans la mesure du possible, les inconvénients, revers des progrès médicaux. C'est pour accomplir cette prévention que vient d'être prise en France la décision de financer, lors de toute grossesse, l'entretien du quatrième mois. C'est en ce sens que ce chapitre et les mesures préventives qu'il suggère prennent une importance pour tous les autres chapitres.

Sensorialité fœtale

Véronique MIRLESSE

Le développement de la sensorialité fœtale ne se produit pas de façon homogène pour les cinq sens. La mise en place des circuits sensoriels suppose la présence de récepteurs périphériques, reliés au système nerveux central et répondant à des stimuli environnementaux spécifiques de la vie intra utérine.

Les premiers récepteurs sensoriels développés sont les récepteurs mécaniques, permettant la perception somesthésique⁽¹⁾, suivis des récepteurs chimiosensoriels (perception gustative et olfactive), puis des récepteurs vibratoires de l'oreille interne (permettant la perception vestibulaire et auditive). Les derniers récepteurs à être mis en place sont les photorécepteurs de la perception visuelle.

(1) Somesthésie : sensibilité aux diverses excitations subies par le corps, à l'exception de celles provenant des organes sensoriels ; elle comprend les sensations extéroceptives (tact, pression, chaud, froid), les sensations proprioceptives (musculaires et tendineuses) et les sensations douloureuses.

Le développement de la sensorialité fœtale est longtemps resté du domaine de l'intime. Percevant la mobilité fœtale, la femme d'il y a cent ans annonçait à son entourage qu'elle portait un enfant [9] ; un lien était évoqué entre la mobilité et la personnalité de l'enfant à naître. Ce domaine est entré dans le champ de la connaissance scientifique depuis une cinquantaine d'année grâce aux progrès de l'imagerie anténatale et des enregistrements du cœur fœtal. Plusieurs laboratoires spécialisés⁽²⁾ axent désormais leurs travaux de recherche sur l'étude des sens, mais aussi deux domaines qui en découlent directement, la communication et la mémoire, sources de l'apprentissage.

Ces travaux de recherche ont permis d'apporter quelques réponses concernant le développement anatomique et la mise en activité de ces divers circuits sensoriels face à des stimuli divers et d'approcher le développement « transnatal » de ces circuits. Nous aborderons successivement chacun des cinq sens en évoquant brièvement les applications cliniques déjà existantes et les pistes de recherche.

Sensibilités somesthésique, proprioceptive et vestibulaire

Les voies nerveuses somesthésiques se développent progressivement de la tête vers les extrémités. Certains récepteurs périphériques sont présents dès 8-9 semaines d'aménorrhée dans la bouche et les régions péri-buccales. On les retrouve vers 11 semaines sur la paume des mains et la plante des pieds. Les récepteurs tactiles couvrent l'ensemble de la peau et des muqueuses vers 20 semaines, avec une densité supérieure à celle de l'adulte. Les jonctions neuronales avec les cornes dorsales de la moelle épinière se constituent dès la 6^e semaine de gestation.

Les fuseaux neuromusculaires et les récepteurs articulaires forment le système proprioceptif. Il permet la perception des positions articulaires et de la force exercée sur les muscles. Ces fuseaux sont présents dans les muscles à 16 semaines de gestation.

Le système vestibulaire se développe parallèlement au système auditif, mais légèrement plus tôt. Il détecte les accélérations angulaires et linéaires. La connexion entre le nerf vestibulaire et les structures réceptrices se produit vers 9 semaines de gestation.

Ainsi, in utero, les sensibilités tactiles et vestibulaires sont-elles souvent sollicitées simultanément. Le fœtus est mobile in utero, entouré des parois utérines qu'il touche régulièrement, de même que les diverses parties de son propre corps et le cordon. Il est soumis aux mouvements maternels, à la présence d'un éventuel jumeau. Les situations pathologiques telles que les pertes de liquide amniotique, les anamnios, ou, au contraire, les excès de liquide ou les hydramnios souvent accompagnés d'une augmentation de la pression intra-utérine, interfèrent avec l'un et l'autre des deux systèmes et peuvent être responsables d'une modification de la mobilité fœtale. Chez le prématuré de 25 semaines, on observe l'apparition du réflexe de Moro. Ce même réflexe est présent in utero et utilisé par certains collègues échographistes⁽³⁾ pour provoquer l'ouverture des mains du fœtus de manière à pouvoir visualiser les doigts en extension. Il suffit de donner un léger coup sec sur la paroi maternelle pour entraîner le réflexe.

Sensibilité chimique orale et nasale

Les bourgeons gustatifs sont repérables sur la langue dès 12 semaines, leur nombre croît jusqu'à la naissance. Leur maturité fonctionnelle débute vers 13 semaines avec l'ouverture des pores de la sensibilité gustative. La chimioréception nasale résulte de l'activation de plusieurs sous-systèmes situés dans les fosses nasales : le sous-système olfactif principal, responsable de la sensation olfactive, le sous-système trigéminal dont les terminaisons sont réparties de façon diffuse dans la muqueuse nasale. De plus, le système voméronasal se situe à proximité de l'ouverture des narines. Celui-ci est plus spécifiquement dédié à l'olfaction en milieu aqueux. L'ensemble de ces structures se met en place précocement, mais aussi progressivement et de façon dissociée entre les récepteurs périphériques, les fibres de transmission et le bulbe olfactif. Le système voméronasal atteint pour sa part sa maturité fonctionnelle vers 20 semaines avant de régresser de façon variable selon les individus.

Le fœtus baigne dans son liquide amniotique. Il l'inhale et le déglutit en grande quantité. Les mouvements respiratoires fœtaux sont observables à l'échographie dès 17 semaines d'aménorrhée. Les flux de liquide au travers des fosses nasales font même partie des signes de bonne vitalité fœtale. La stimulation des récepteurs olfactifs peut se faire par deux voies différentes : la voie hémato-gène ou la voie du liquide amniotique. Les principes aromatiques pourraient se trouver dilués dans le sang fœtal ou le liquide amniotique, dont l'odeur acide est bien connue des sages-femmes.

Les centres olfactifs secondaires constituent une partie des formations limbiques impliquées dans l'apprentissage des comportements alimentaires, la mémorisation ou encore la genèse des comportements notamment affectifs ou sexuels [8].

Les compétences olfactives et gustatives sont, pendant la vie fœtale, indissociable l'une de l'autre. Ross et Nijland ont montré en 1998 la variation du débit de déglutition en fonction du goût sucré ou amer du liquide amniotique [19]. La succion et la déglutition vont en augmentant au cours des semaines de grossesse et sont en fin de grossesse supérieures aux mouvements des nouveau-nés. Succion, déglutition, perception somesthésique buccale et péri-buccale participent donc avec l'éveil des sensations de soif et de satiété au développement de l'oralité fœtale.

La sensation de soif existe certainement in utero. Lors des situations de remplissage amniotique, les fœtus en anamnios semblent se détecter à déglutir le liquide injecté dans la cavité amniotique, et d'autant plus que celui-ci est réchauffé et légèrement sucré.

L'olfaction et la déglutition in utero participent à la mise en place des mémoires sensorielles, comme l'a montré l'équipe de B. Schaal [21]. Plusieurs publications récentes confirment que le fœtus est capable d'acquiescer des informations olfactives et d'utiliser cette mémoire prénatale dans l'orientation de ses actions au cours de la vie post-natale. Ainsi le fœtus est-il capable de mémoriser l'odeur de son liquide amniotique et de le différencier après la naissance de celui d'un autre fœtus ; il est aussi capable de reconnaître une note odorante introduite dans l'alimentation de sa mère. De multiples applications peuvent être imaginées, tant pour la prise en charge et le bien-être des enfants prématurés ou hospitalisés que pour l'alimentation à moyen, voire à long terme, dans sa diversification notamment. L'acquisition rapide de l'association entre un odorant et une prise lactée au sein ou au biberon a été démontrée chez le nouveau-né à terme et la seule présentation de l'odeur provoque ensuite des réponses orales

(2) Laboratoire de psychologie et neurosciences cognitives, CNRS (FRE 2987), université Paris V et Centre européen des sciences du goût, CNRS (UMR 5170), Dijon.

(3) P. Saada, communication personnelle.

anticipatoires [9, 22]. La mémoire des odeurs et du goût remonte donc à bien avant la visite à la tante Léonie... La ré-exposition tardive à un odorant rencontré au cours du développement précoce influence, chez les jeunes mammifères, la sélectivité alimentaire au moment du sevrage. Mennella et al. suggèrent que la consommation maternelle de jus de carotte en fin de gestation et/ou en début d'allaitement favorise l'introduction de céréales humectées avec du jus de carotte [8].

Un autre type d'expérience évalue l'effet apaisant des stimuli olfactifs ou encore des odeurs maternelles [21] chez les enfants hospitalisés à distance de leur mère.

Sensibilité auditive

Le système auditif se développe légèrement après le système vestibulaire. Le développement du système comporte une partie périphérique avec le système cochléaire qui se différencie au 35^e jour de l'embryogenèse et progresse jusqu'à la 20^e semaine de gestation. Les fibres auditives apparaissent dès 4 à 5 semaines, mais ne se myélinisent qu'à partir du 6^e mois. Les noyaux auditifs vont pour leur part poursuivre leur développement jusqu'à bien après la naissance [11].

Le bruit de fond intra-utérin, enregistré chez la femme ou la brebis [13], est constitué de bruits d'origine maternelle (borborygmes intestinaux, bruits cardiovasculaires, vocalisation) et des flux placentaires, essentiellement de basses fréquences auxquelles l'oreille humaine est peu sensible, d'autant que la sensibilité acoustique ne s'étend que très progressivement à partir de 20 semaines et se poursuit bien après la naissance. L'atténuation des sons est variable en fonction des fréquences, plus importantes pour les fréquences les plus aiguës. La voix maternelle, dont la transmission est simultanément tissulaire et osseuse, est peu atténuée in utero et domine sur les autres voix.

La réactivité auditive fœtale est caractérisée après 28 semaines de gestation pour des intensités supérieures ou égales à 110 dB. Certaines réponses sont motrices (mouvement corporels globaux, mouvements des paupières), d'autres cardiaques (accélération du rythme). Plusieurs études reposent sur une stimulation auditive fœtale, masquée à la mère qui porte un casque émettant une autre musique. Le rythme cardiaque fœtal est observé, de même que sa mobilité échographique. Divers constats ont pu être publiés : si l'audition fœtale se développe considérablement au cours du troisième trimestre de la grossesse, les réactions dépendent aussi de l'état de veille ou de sommeil du fœtus. Il existe aussi certains phénomènes d'habituation à la stimulation sonore, donc de « réaction à la nouveauté ». Il a été mis en évidence une capacité fœtale à la fin de grossesse à reconnaître deux syllabes différentes, deux voix contrastées ou encore deux rythmes différents [14].

Perception visuelle

La vision est le dernier système sensoriel à se développer in utero et, de plus, très peu étudiée.

Le développement du système visuel est extrêmement complexe et progressif, tant au niveau périphérique que central. L'immaturité du système visuel est surtout connu chez les enfants nés prématurés qui présentent de multiples risques d'atteinte visuelle incluant les atteintes rétinienne, mais aussi oculomotrices avec un strabisme et les anomalies de réfraction [16].

La luminosité intra-utérine est variable, mais peut, en fonction de la luminosité extérieure, atteindre le fœtus. Les paupières fœtales restent fermées jusqu'à 20 semaines. Quelques rares études ont étudié les accélérations du rythme cardiaque fœtal après exposition à une stimulation lumineuse externe ou par amnioscopie.

Conclusion

Au total, la mise en place de la sensorialité fœtale est précoce, mais complexe et reste un champ d'exploration encore immense. Néanmoins, on retrouve ici une variation des capacités individuelles marquées certainement en partie par le capital génétique, mais aussi par les événements survenus au cours de la grossesse. Enfin, le fœtus sur les berges de la naissance s'avère déjà capable de mémoire et de choix.

BIBLIOGRAPHIE

L'anténatal comme premier chapitre de la vie

1. DAFLOS F. La vie avant la vie. Paris, Calmann-Lévy, 1995, 305 pages.
2. KREISLER L, FAIN M, SOULÉ M. L'enfant et son corps. Études sur la clinique psychosomatique du premier âge, Paris, PUF, 1974, 516 pages.
3. LECANUET JP. Dans tous les sens... bref état des compétences sensorielles fœtales. In : MC Busnel, F Daffos, C Dolto-Totlich. Que savent les fœtus ? Toulouse, Érès, 1997, 102 pages.
4. MARTY P. La relation objective allergique. Revue française de psychanalyse, 1958, tome XXII, n° 1 : 6-29.
5. MOLÉNAT F. Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité. Paris, ministère de la Santé.
6. SOUBIEUX MJ, SOULÉ M. La psychiatrie fœtale. Paris, PUF, 2005, 128 pages.
7. SOULÉ M. La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique. Psychiatrie de l'enfant, 1999, tome XLII, n° 1 : 27-69.

Sensorialité fœtale

8. ABADIE V. L'oralité fœtale. In : A Couture, C Baud, M Saguintaah et al. Les malformations congénitales. Montpellier, Sauramps, 2007, 521 pages.
9. DELAUNAY-EL ALLAM M, MARLIER L, SCHAAL B. Learning at the breast : preference formation for an artificial scent and its attraction against odor of maternal milk. Infant Behav Dev, 2006, 29 : 308-321.
10. DUDEN B. L'invention du fœtus. Paris, Descartes, 1996, 171 pages.
11. HADDAD MA EL. In utero development of fetal thirst and appetite : potential for programming. J Soc Gynecol Investig, 2004, 11 : 123-130.
12. LECANUET JP. Dans tous les sens... bref état des compétences sensorielles fœtales. In : MC Busnel, F Daffos, C Dolto-Totlich. Que savent les fœtus ? Toulouse, Érès, 1997, 102 pages.
13. LECANUET JP, GAUTHERON B, LOCATELLI A et al. What sounds reach fetuses : biological and non biological modeling of transmission of pure tones. Dev Psychobiol, 1998, 33 : 203-219.
14. LECANUET JP, GRANIER-DEFERRE C, SCHAAL B. Le fœtus dans son environnement : premières manifestations de la perception et de la mémoire. In : S Missonier, B Golse, M Soulé. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris, PUF, 2004 : 61-100.
15. MENNELLA JA, JAGNOW CP, BEAUCHAMP GK. Pre- and post-natal flavour learning by human infants. Pediatrics, 2001, 107 : 1-6.
16. O'CONNOR AR, FIELDER AR. Visual outcomes and perinatal adversity. Semin Fetal Neonatal Med, 2007, 12 : 408-414.

17. RELIER JP. Importance de la sensorialité fœtale dans l'établissement d'un échange mère-enfant pendant la grossesse. Arch Pédiatr, 1996, 3 : 274-282.
18. RIBEIRO A, GRANIER-DEFERRE C. Développement de la sensorialité fœtale : perception visuelle, auditive et vestibulaire. In : A Couture, C Baud, M Saguintaah et al. Les malformations congénitales : diagnostic anténatal et devenir. Montpellier, Sauramps, 2007 : 371-375.
19. ROSS MG, NJILAND MJ. Development in ingestive behaviour. Am J Physiol, 1998, 274 : 879-893.
20. SCHAAL B, HUMMEL T, SOUSSIGNAN R. Olfaction in the fetal and premature infant : functional status and clinical implications. Clin Perinatol, 2004, 31 : 261-285.
21. SCHAAL B. L'olfaction du fœtus et du nouveau-né à terme : quelques connaissances applicables au bien-être de l'enfant prématuré. In : A Couture, C Baud, M Saguintaah et al. Les malformations congénitales. Montpellier, Sauramps, 2007 : 521 pages.
22. SULLIVAN RM, TOUBAS P. Clinical usefulness of maternal odor in newborns : soothing and feeding preparatory responses. Biol Neonate, 1998, 74 : 402-408.
23. WINBERG J, PORTER RH. Olfaction and human neonatal behaviour : clinical implications. Acta Paediatr, 1998, 87 : 6-11.

— 5

DÉVELOPPEMENT DE L'ATTACHEMENT

Nicole GUÉDENEY, Anne-Sophie MINTZ et Frédéric ATGER

L'attachement est un terme du langage habituel. Il représente un lien émotionnel durable entre deux personnes. L'attachement tel que l'étudie la *théorie de l'attachement* est une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs durables et importants entre deux personnes [1]. Dans la théorie de l'attachement, « être attaché » a une seule signification : on se tourne vers cette personne spécifique en cas de détresse pour y trouver un sentiment de sécurité. L'attachement a été mis en évidence et étudié par J. Bowlby chez le jeune enfant dans le lien à sa mère. Depuis, le développement de la théorie de l'attachement a permis d'étudier le lien d'attachement tout au long du développement et avec les autres personnes qui s'occupent de l'enfant.

Nous traiterons dans ce chapitre du développement de l'attachement depuis la toute petite enfance jusqu'à l'adolescence. Nous présenterons d'abord les originalités de la théorie, puis nous décrirons le développement de l'attachement selon chaque étape du développement.

Originalités de la théorie de l'attachement

J. Bowlby voulait comprendre pourquoi la séparation d'un jeune enfant de ceux qui l'élevaient entraînait une telle détresse. Tous les scientifiques intéressés au développement des enfants (J. Bowlby, R.A. Spitz, W. Bion, D.W. Winnicott, A. Freud) découvrent alors l'importance des liens parent-enfant ; à cette époque (milieu du XX^e siècle), il s'agit essentiellement du lien mère-enfant. J. Bowlby, psychanalyste d'enfant, est pourtant peu satisfait par les explications théoriques de l'époque, essentiellement psychanalytiques, pour comprendre l'importance d'un lien qui ne résume pas à la satisfaction des besoins physiques du bébé et qui semble se développer indépendamment de cette satisfaction. Il se tourne alors vers les disciplines nouvelles de son époque, et ce sur les vingt ans d'élaboration de sa théorie : biologie évolutionniste, éthologie, psychologie du développement, sciences cognitives, théorie des systèmes [13, 25].

La théorie de l'attachement a été initialement développée par J. Bowlby entre 1960 et 1982 [13, 14, 16]. Il théoriserait ce qui se passe du côté de l'enfant. La collaboration avec M. Ainsworth complètera son approche avec l'intégration des caractéristiques environnementales (soins parentaux) qui concourent à donner sa forme au lien d'attachement [2]. Les deux pierres angulaires de la théorie de l'attachement sont la notion de *proximité* et celle de *sécurité* [94].

Notion de système motivationnel

J. Bowlby était très intéressé par la théorie darwinienne de l'évolution : les mécanismes sous-jacents au lien de l'enfant à sa mère ont originellement émergé comme résultat des pressions de l'évolution. Il était aussi passionné par les travaux d'une nouvelle discipline, l'éthologie, dont il a tiré sa conception initiale de système comportemental ou système motivationnel [48].

Ces systèmes motivationnels sont maintenant bien définis dans leurs caractéristiques et leur complexité. Il s'agit d'un ensemble de comportements ou d'actions, génériquement programmés, activés et éteints par des stimuli spécifiques et qui visent à atteindre l'objectif spécifique du système, nécessaire en partie à la survie de l'espèce. Ces comportements sont définis par leur fonctionnalité ; ils s'organisent autour d'un objectif, celui du système, selon le mécanisme du « missile à tête chercheuse » : le sujet intègre de manière automatique, plus ou moins hors de sa conscience, des informations et adapte ses stratégies pour parvenir à son objectif [13].

La notion de système motivationnel insiste sur l'importance du contexte, de l'approche cognitive et de l'adaptation du sujet à son environnement [41].

La théorie de l'attachement va particulièrement étudier cinq systèmes motivationnels. Le développement du lien d'attachement met à contribution ces différents systèmes, plus ou moins indépendants et qui fonctionnent de manière antagoniste, synergique ou réciproque. Ces systèmes sont dans un état d'équilibre dynamique complexe : des stimuli communs peuvent activer un système et désactiver l'autre. Deux systèmes ont comme fonction biologique la protection du jeune : le système d'*alarme vigilance* et celui de l'*attachement*. Deux systèmes ont une valeur de développement des ressources propres du sujet : l'*exploration* et le système *affiliatif*. Il existe enfin un système réciproque qui permet à l'adulte de répondre aux besoins des systèmes précités, le système de *caregiving*, mis en évidence plus tardivement et surtout étudié par les continuaturs de l'œuvre de Bowlby.

Nous décrirons les caractéristiques spécifiques de chaque système motivationnel.

Description ontogénique des principaux systèmes étudiés par la théorie de l'attachement du côté de l'enfant

On entend par description ontogénique la description normative, c'est-à-dire ce qui est observé le plus souvent dans l'espèce

humaine lorsque les besoins de chaque système peuvent s'exprimer librement et reçoivent la réponse adéquate de l'environnement.

Système de l'attachement

QUELQUES DÉFINITIONS [109] • Le système d'attachement est l'un des quatre systèmes motivationnels qui stimulent le comportement de l'enfant étudiés par la théorie de l'attachement

On appelle *comportements d'attachement* les comportements qui sont destinés à permettre la proximité avec le *caregiver*. Le lien d'attachement entre un bébé et celui qui l'élève reflète uniquement cette recherche de proximité et de sécurité de cette figure spécifique. Une relation d'attachement entre le bébé et celui qui l'élève est la dimension de la relation parent-enfant qui implique la recherche, par l'enfant, de réconfort quand il en a besoin et, de la part, de celui qui prend soin la réponse à ces besoins par le réconfort et la disponibilité émotionnelle.

DESCRIPTION DU SYSTÈME D'ATTACHEMENT • Le système d'attachement proprement dit a comme objectif de maintenir la proximité avec la figure d'attachement en fonction des besoins du bébé. Il permet l'établissement d'un lien étroit et constant entre un système immature (le bébé) et un système plus complexe (l'adulte) ; on pourrait prendre l'image d'un tuteur qui permet au bébé d'accéder progressivement à une complexité de plus en plus grande et à une maturité, synonyme d'autonomie de fonctionnement.

« Si un système (le bébé) n'a pas la capacité de contrôler les stimulations issues de l'environnement de sorte qu'il puisse maintenir les variables essentielles dans les limites nécessaires à la survie, alors il doit être couplé avec un autre système (l'adulte *caregiver* (celui qui prend soin) qui, lui, a cette capacité de maintenir les variations du premier système au sein de ces limites : l'attachement entre deux systèmes sert à protéger le système qui peut le moins compter sur lui-même [76]. »

COMPORTEMENTS D'ATTACHEMENT • Dès la naissance, le petit humain a, à sa disposition, un répertoire comportemental inné qui lui permet d'obtenir cette proximité : pleurer, crier. Ces comportements d'attachement ont une issue prévisible qui est d'augmenter la proximité de l'enfant de sa figure d'attachement. Certains comportements d'attachement, comme le sourire et la vocalisation, sont des comportements de signal qui alertent la figure d'attachement sur l'intérêt de l'enfant pour l'interaction et servent donc à l'amener à lui ou à maintenir l'interaction entre elle et lui. D'autres comportements, comme pleurer, sont dits *aversifs* et amènent la mère à l'enfant pour les faire cesser ; d'autres plus tardifs comme approcher ou suivre sont des comportements actifs qui amènent l'enfant à proximité de sa figure d'attachement [13]. Ce qui définit un comportement d'attachement est donc sa valeur fonctionnelle quant à l'objectif de l'attachement [94].

CONDITIONS D'ACTIVATION ET D'EXTINCTION DE L'ATTACHEMENT SPÉCIFIQUES AU SYSTÈME • Dès le début de la vie et tout au long de la vie, toute situation d'alarme ou de détresse active le système d'attachement du bébé ; elle peut être extérieure à l'enfant, provenant de son environnement, ou interne : il s'agit alors en particulier des états émotionnels à tonalité négative, c'est-à-dire qui augmentent son niveau d'éveil comme la peur, le chagrin ou la colère. À partir de 9 mois, d'autres conditions d'activation apparaissent : toute distance par rapport à sa figure

d'attachement supérieure à ce qui est supportable pour l'enfant au moment donné, l'inconnu, les stimuli effrayants plus ou moins culturels (des animaux, le noir, les bruits intenses, etc.).

L'extinction du système d'attachement ne peut se faire que par l'établissement ou le rétablissement de la « proximité » avec la figure d'attachement. C'est l'objectif externe du système. Le parent répondant en même temps par le réconfort et la protection, le bébé va progressivement associer à cette proximité un vécu émotionnel de sécurité qui est un état émotionnel de détente, calme, relaxé : cet état émotionnel va devenir l'objectif interne du système d'attachement de l'enfant.

Le besoin de proximité (ou d'attachement) peut varier en fonction de l'âge de l'enfant, en fonction du développement de ses capacités cognitives et de la répétition de cette obtention de réconfort. Le bébé se contente de savoir sa figure d'attachement disponible en cas de nécessité sans avoir forcément besoin de sa proximité, puis, à partir de 2 ans, de son accessibilité. Les besoins d'attachement varient également, quelles que soient les nouvelles capacités cognitives de l'enfant, en fonction de l'état de l'enfant et des conditions environnementales. Ils sont plus intenses si l'enfant est fatigué ou placé dans un environnement non familial.

FONCTIONNALITÉ DE L'ATTACHEMENT : LE PLUS POUR LA SURVIE • J. Bowlby a inscrit ce système dans une perspective évolutionniste (ce qui concourt à la survie de l'espèce) : il fait l'hypothèse que durant la période où l'espèce humaine a évolué, quand elle vivait dans ce qu'on appelle l'environnement d'adaptation évolutionniste, la sélection génétique a favorisé les comportements d'attachement parce qu'ils augmentaient la chance de proximité mère-enfant, ce qui augmentait la chance de protection des petits et fournissait donc un avantage pour la survie de l'espèce. Il révisera sa perspective en fonction des avancées des théories de l'évolution. Ce qui est favorisé, c'est la survie des gènes sur deux générations, pour permettre au petit de devenir adulte et pouvoir lui-même avoir des petits qui survivent. Les études les plus récentes montrent comment l'attachement favorise un devenir optimal de l'enfant [88].

L'attachement contribue à la survie de l'enfant en assurant sa protection. Il joue aussi un rôle majeur dans la régulation psychophysiologique, en particulier celle des émotions dites négatives (colère, chagrin, peur) que le bébé ne peut, au-delà d'une certaine intensité, réguler seul. L'attachement aide au développement de la mentalisation qui est une capacité humaine essentielle pour développer les relations sociales [36]. L'attachement facilite le développement des compétences personnelles du petit grâce au phénomène de base de sécurité que nous décrivons plus loin.

Système alarme-vigilance

Ce système est, lui aussi, au service de la protection de l'enfant et en lien étroit avec celui de l'attachement. Avoir peur de certains stimuli est un plus pour la survie. J. Bowlby [14] décrit des indices naturels de danger qui, par leur présence, signalent un risque accru de danger même s'ils ne sont pas par eux-mêmes dangereux. Ce sont, par exemple, les mouvements d'approche soudaine et excessive, le noir, les bruits forts, la solitude. Ces stimuli sont immédiats. D'autres apparaissent secondairement comme l'absence de la figure d'attachement, l'inconnu et le non-familier, les stimuli culturels comme les animaux, l'eau etc. Pour les théoriciens de l'attachement, la peur est au cœur de la théorie de l'attachement [68]. Le vécu de peur est l'une des menaces maximales

pour l'homéostasie physiologique et psychologique du bébé ; elle traduit l'exposition du bébé à une menace pour sa survie physique ou psychologique, que cette menace soit interne ou environnementale ; la régulation de la peur est donc une priorité pour le développement du bébé, ce qui explique pourquoi l'activation du système d'attachement est préemptive sur tous les autres systèmes [66] et si essentielle dans les premières années de la vie.

Système de l'exploration

Ce système motivationnel a été particulièrement étudié par J. Bowlby. Grâce au système inné de l'exploration, l'enfant apprend sur son environnement et développe des capacités qui seront importantes pour les stades ultérieurs du développement. Ce système est lié à la maîtrise et à la curiosité : le bébé est fortement attiré par la nouveauté ou par les traits complexes de l'environnement animé et inanimé. Ce système permet d'extraire l'information de l'environnement. Il se développe surtout à partir de 7 mois, période qui correspond à la mise en place du système d'attachement et de la constitution de figures d'attachement spécifiques, comme nous le verrons plus loin. Le système de l'exploration est légèrement décalé dans le temps par rapport à l'attachement : si l'enfant va trop loin, soit la mère, soit lui-même concourent à rétablir la distance compatible avec un sentiment de sécurité. L'enfant acquiert un système d'exploration plus élaboré du fait des changements dans ses capacités de locomotion et dans ses processus cognitifs : acquisition de la permanence de l'objet et de la compréhension de la fin et des moyens, capacité d'imitation, registre conversationnel. La locomotion joue un rôle capital : le bébé peut s'éloigner pour explorer et étendre ainsi considérablement son horizon [46, 76]. L'enfant risque alors davantage de se placer en situations de danger ou de frustration ou d'impuissance liées à l'apprentissage. Mais il peut aussi prendre à son propre compte le contrôle de la proximité par rapport à sa figure d'attachement.

Le système de l'exploration est immédiatement activé quand les systèmes d'attachement et de vigilance sont désactivés et s'éteint quand ces derniers sont actifs. Le système de l'exploration améliore les chances de survie du bébé : la curiosité aide l'enfant à apprendre et à comprendre son environnement. La curiosité et l'exploration ont été particulièrement étudiées comme constituant l'un des systèmes motivationnels qui participent aux exigences de l'adapté évolutionniste. Elles permettent au petit d'apprendre les compétences nécessaires pour améliorer ses chances de survie. Il s'agit en particulier de développer son sens de capacité à compter sur soi, de manière autonome et individuelle.

Système affiliatif

Ce système a été le moins étudié par J. Bowlby. Il commence maintenant à prendre de l'importance du fait du développement de la théorie pour les âges ultérieurs. Il se définit par l'ensemble des manifestations de camaraderie et de bonne volonté caractéristiques du désir de partager la compagnie des autres : c'est le système motivationnel qui pousse l'enfant à s'engager socialement avec les autres [24]. Il se développe à partir de 2 mois. Il semble plus ou moins superposable au système de compagnonnage et de collaboration de C. Trevarthen [29]. Il participe également à la construction de la moralité et de la sociabilité. Le système affiliatif est activé lorsque celui de l'attachement ne l'est pas [14]. Les rôles de la figure d'attachement et du compagnon de jeu sont distincts. Un exemple clinique comme l'anxiété de l'étranger, qui

se manifeste chez les enfants vers le septième mois en présence d'un inconnu, peut être vu comme une mise en évidence de tous ces systèmes. Cette anxiété résulte de l'activation du système de peur et donc d'attachement par une figure adulte. Elle n'existe pas quand le bébé voit un enfant jeune qui, au contraire, stimule l'envie de jouer, si l'enfant est par ailleurs à proximité de sa figure d'attachement ; le système affiliatif est alors activé [47]. Nous reviendrons plus en détail sur le rôle de ce système dans les paragraphes traitant de l'enfant plus grand et de l'adolescent. Le système affiliatif est un plus pour la survie de l'individu humain car il contribue à l'adaptation sociale avec les pairs.

Phénomène de base de sécurité

Constitution des liens d'attachement primaires

Il obéit à un schéma développemental très précis [76].

La *première phase*, de la naissance à 3 mois, se caractérise par l'orientation et les signaux, sans discrimination d'une figure. Dès la naissance, le bébé humain cherche à obtenir un contact avec les autres humains. Il est alors très dépendant de son environnement et des réponses que celui-ci apporte à ses sollicitations, car il a peu de possibilités, à la fois motrices et cognitives, pour pouvoir obtenir la proximité dont il a besoin. Dans cette première phase de développement, ces comportements d'attachement ne sont pas dirigés vers une figure particulière, mais le sont de façon préférentielle vers les êtres humains. Dans nos sociétés, le plus souvent, c'est la mère qui répond à ces manifestations du nourrisson. Les études les plus récentes montrent que, dès la naissance, il existe déjà des préférences très discrètes du bébé pour ce qui lui est le plus familier c'est-à-dire les caractéristiques sensorielles des interactions avec celle qui l'a porté pendant toute la grossesse. On peut parler d'origine prénatale de l'orientation privilégiée vers ce qui est familier plutôt que vers ce qui est inconnu [84]. L'environnement pré- et post-natal sont tous les deux fournis par le corps de la mère, même s'il y a des différences entre être dedans ou en dehors de l'utérus : on parle de continuité pré- et post-natale. Certains facteurs favorisent familiarité et discrimination : une certaine continuité sensorielle (thermique, sensorichimique et rythmique) aide à construire un « point » entre les deux phases pré- et post-natale. Il y a un apprentissage in utero des préférences précoces pour la mère avec, en particulier, une attention et un processus de traitement de l'information qui s'engagent dès l'intrafœtal quand le bébé entend la voix maternelle. Polan et Hofer [84] parlent de processus d'*imprinting-like* qui commence en prénatal et qui dure tout le premier trimestre.

La *deuxième phase*, entre 3 et 6 mois, se caractérise par l'orientation et les signaux dirigés vers une ou plusieurs figures individualisées. Le premier changement important avec la première phase est que l'enfant commence à contrôler ses systèmes de comportement. Il cherche de plus en plus activement à obtenir la proximité de sa figure d'attachement potentielle en tendant les bras, en s'accrochant ou en allant la chercher quand il en a besoin. Le second changement est l'aptitude de l'enfant qui commence à différencier les gens qui lui sont familiers et les étrangers. Les comportements de recherche de proximité en cas de besoin vont être plus intenses envers sa mère qu'envers les personnes étrangères. Ces comportements dirigés sont surtout les cris et les pleurs quand le *caregiver* quitte l'enfant, les sourires, les vocalisations, l'orientation visuo-motrice, les réponses de contentement et enfin l'exploration et

la recherche des genoux [3]. Le sourire social sélectif apparaît à partir de 3 à 4 mois. L'enfant sourit moins aux étrangers qu'il ne le faisait auparavant et, en revanche, sourit préférentiellement aux personnes qui lui sont familières : la qualité d'éclat et d'illumination du sourire et du regard qui se porte sur la mère lorsqu'elle est en interaction avec lui est sans commune mesure avec celle des interactions plaisantes avec un étranger. Les cris de l'enfant restent des comportements qui favorisent le rapprochement de l'adulte : ils sont beaucoup mieux calmés par la mère que par n'importe quelle autre personne. Vers 4-5 mois, un enfant dont la mère quitte la pièce va crier, essayant ainsi de la ramener auprès de lui. Des mouvements d'orientations différentielles visuelles et posturales apparaissent aussi, comme l'a montré Ainsworth [3] chez des enfants de 16 à 18 semaines : ils vont préférentiellement garder leur regard sur leur figure d'attachement, beaucoup plus que sur une figure étrangère. On voit se dessiner la hiérarchisation entre ceux qui s'occupent de l'enfant et le début d'une discrimination de celle qui deviendra la figure d'attachement principale.

La *troisième phase* commence vers 6 à 9 mois et dure jusqu'au début de la troisième année. C'est l'établissement du *phénomène de base de sécurité*. Cette phase est marquée par des changements importants dans les capacités motrices, cognitives et de communication de l'enfant. Le développement de sa motricité lui permet d'être actif dans la gestion de la distance qu'il peut supporter avec sa figure d'attachement. Le phénomène de base de sécurité est la notion fondamentale de la théorie de l'attachement [22] : l'enfant s'éloigne de sa mère pour explorer et revient vers elle de temps en temps ou en cas de stress. Lorsqu'il est en sécurité, le bébé se sert de sa mère comme d'une « base de sécurité » : il s'en éloigne pour explorer le monde. En cas de stress, l'enfant revient vers sa mère qu'il utilise alors comme un « havre de sécurité ». Un enfant, lorsqu'il est alarmé et s'il a établi avec la mère un lien d'attachement de qualité, va immédiatement revenir vers elle pour retrouver la sécurité qu'il a perdue. Ce que l'on appelle donc la *sécurité de l'attachement*, c'est l'équilibre entre les processus d'attachement et d'exploration et l'utilisation de la figure d'attachement comme une base de sécurité.

L'attachement, bien loin d'interférer avec l'exploration, la stimule. La base de sécurité protège des dangers de l'exploration. La confiance dans disponibilité de la figure d'attachement constitue une sorte de tremplin pour affronter les défis à surmonter et permet le développement d'une vraie autonomie : savoir ce que l'on peut faire seul et quand on a besoin d'aide.

L'équilibre des deux systèmes varie en fonction du temps ou des circonstances. Avant 3 ans, on constate la prédominance du système d'attachement dont les besoins sont prioritaires sur tous les autres besoins développementaux de l'enfant. Après 3 ans, on constate la prédominance du système d'exploration mais, en fonction des conditions de stress ou d'alarme, l'attachement peut revenir au premier plan.

La *quatrième phase* est le partenariat corrigé quant au but (après 4 ans). Un nouveau changement dans la relation d'attachement apparaît grâce au développement des capacités cognitives de l'enfant et, en particulier, au développement d'une théorie de l'esprit. L'enfant peut inhiber son comportement d'attachement et intégrer les plans de son *caregiver* dans ses propres plans pour atteindre la proximité, réalisant ce que l'on appelle un *partenariat émergent* [76]. L'enfant est maintenant capable d'établir, de manière simultanée, des objectifs et des plans, et de soi et de l'autre, de comprendre les relations causales entre les

objectifs et les plans du *caregiver* et son comportement. Il peut s'engager dans des négociations corrigées quant au but, avec le *caregiver*, par rapport à un plan partagé pour obtenir ou maintenir la proximité nécessaire [76]. Le trait caractéristique de cette phase, pour J. Bowlby, est la compréhension mutuelle de l'intention et des besoins de chaque partenaire au service du système d'attachement.

Notion de figure d'attachement

Le terme de *caregiver* (celui qui prend soin) est préféré à celui de parent car l'importance des interactions avec ceux qui élèvent l'enfant, qu'ils soient ses parents biologiques ou pas, est au cœur de la théorie. La ou les personnes qui s'occupent du bébé dans les premiers mois de sa vie vont devenir ses figures d'attachement. Ce sont ceux qui élèvent l'enfant : mère, père, substitut parental. En général, une à quatre personnes élèvent un bébé. Celui-ci se tourne progressivement vers elles en cas de détresse. Un bébé ne peut pas ne pas s'attacher et il faut des circonstances extrêmes pour présenter ce trouble grave qu'est l'absence d'attachement : ce sont en général les circonstances de négligence sévère, des changements multiples de figures et les situations d'institutionnalisation (hospitalisation extrêmement longue, orphelins). Un bébé n'est pas plus ou moins attaché à une figure d'attachement ; il est attaché ou il ne l'est pas. S'il est attaché, c'est la qualité de son attachement qui peut varier. En revanche, l'activation plus ou moins forte de l'attachement déclenche un besoin plus ou moins urgent d'une proximité plus ou moins rapprochée [80].

Ces premières figures d'attachement se constituent au cours des neuf premiers mois de la vie du bébé. Une fois constituée, chacune devient spécifique, irremplaçable et donc non interchangeable. La constitution d'une figure d'attachement prend donc environ 9 mois. C'est un phénomène différent, dans le temps de mise en place, du phénomène d'empreinte qui, lui, est immédiat [40]. Le bébé hiérarchise progressivement ses figures d'attachement primaires en figure d'attachement principale et figures d'attachement subsidiaires. La figure d'attachement principale est en général la personne qui s'est le plus occupée du bébé pendant les premiers mois. Quelques études commencent à étudier les spécificités de l'attachement au père et celui à la mère [46, 95]. Le monde interne de la compréhension des émotions et la capacité à parler librement et de manière ouverte à propos des sentiments négatifs et positifs sont surtout liés à la relation mère enfant. La négociation des interactions sociales avec la fratrie et les pairs et le maintien d'un comportement adéquat sur le plan émotionnel et social sont plus liés à la relation au père.

Du côté des soins parentaux : le système de *caregiving*

« À chaque moment du développement, la nature des interactions attachement – *caregiving* entre le petit et sa ou ses figures d'attachement – sert à compenser et à compléter le manque de compétences motrices, communicationnelles et sociales du petit de telle sorte que le petit est toujours protégé tandis qu'il cherche à gagner autant d'indépendance que possible au sein de laquelle il peut apprendre ces capacités [76]. »

Le système motivationnel du *caregiving* est l'ensemble des comportements, au sens large, organisés par un système de représentations qui permet au parent de répondre aux besoins d'attachement du bébé [41, 42]. Le *caregiving* est l'une des dimensions du lien parent-enfant. Il ne résume pas ce qu'est l'amour pour un enfant. On peut aimer très fort son enfant, avoir un sentiment d'un lien unique et spécial avec lui et, pour autant, ne pas pouvoir ou ne pas savoir répondre à ses besoins d'attachement. Dans l'espèce humaine, le comportement parental s'est largement émané des déterminants hormonaux qui restent cependant toujours actifs. C'est ce qui permet l'extension du *caregiving* au-delà de la période de sevrage et à d'autres que la mère (père, etc.) de prendre soin d'un bébé [23, 49]. La grossesse et la parturition ne sont plus des prérequis indispensables pour élever un bébé, même si elles en représentent des facilitateurs. L'étude des comportements maternels requiert donc deux perspectives. La perspective éthologique se focalise sur les comportements et les équipements biologiquement programmés qui font que la mère répond aux besoins d'attachement. La perspective psychologique étudie particulièrement les représentations maternelles qui vont colorer la complexité des interactions [34].

Le système de *caregiving* est caractérisé par un répertoire unique de comportements et d'attitudes mentales. Ils ont comme objectif de maintenir une proximité physique et psychologique avec le bébé en cas de besoin. La figure d'attachement doit être émotionnellement disponible pour répondre aux besoins d'attachement et de régulation de sa détresse éventuelle. Le système de *caregiving* est déclenché par tous les stimuli qui signalent la vulnérabilité d'un être vivant. C'est un système d'alerte aux besoins des autres [41]. Les comportements du *caregiving* ont tous comme particularité fonctionnelle de protéger l'enfant : le maintien de la proximité avec l'enfant en est l'une des expressions les plus primitives. Ils sont déclenchés chez le parent par toute situation où le parent perçoit l'enfant comme étant en danger ou en détresse [32]. La séparation imposée de l'enfant active elle aussi le *caregiving* ; la désactivation du système ne survient qu'à partir du moment où une proximité physique et/ou psychologique est restaurée et que l'adulte peut reconforter son petit. La tâche de *caregiving* pour favoriser le développement d'un attachement de qualité sûre est complexe [35] : elle associe une sensibilité aux besoins d'attachement et d'exploration qui se définit par le concept de *responsiveness* [2], que l'on ne peut traduire que pas une phrase entière : il s'agit de « la capacité du parent à percevoir et à interpréter les expressions verbales et non verbales de l'enfant de manière correcte et à y répondre rapidement et adéquatement ». Dès les premiers mois, le parent montre son acceptation des besoins d'attachement, sa tolérance aux expressions de détresse et son envie de répondre à cette détresse en étant persuadé qu'il est indispensable à la régulation émotionnelle de son bébé à ce moment-là. À partir du premier trimestre, le parent soutient de manière sensible l'exploration de son petit : le parent peut promouvoir la coopération, développer la résolution de problèmes de manière indépendante par le petit, poser les défis appropriés, aider à la régulation émotionnelle et tout cela sans intrusion et avec le respect du rythme de l'enfant auquel il laisse l'initiative. Ces réponses doivent être prévisibles et cohérentes et, surtout, suivies de correction ou de réparation si elles n'ont pas été immédiatement adéquates, ce qui arrive normalement au moins la moitié du temps dans des marges d'erreur raisonnables [36, 101]. Le parent doit pouvoir aussi répondre même lorsqu'il est lui-même en conditions de stress

[42] et sans effrayer l'enfant [68] lorsque celui-ci est en détresse. La capacité du parent à réfléchir sur les expériences de l'enfant et sur sa propre expérience en tant que parent et à lier les états mentaux aux comportements de manière significative et adéquate, même en situation de stress, est une dimension particulièrement cruciale [65, 88]. Elle jouera un rôle important dans la question de la transmission transgénérationnelle [79, 83, 90], comme nous le verrons plus loin.

Le développement du *caregiving* est complexe et les influences qui en modulent l'expression sont multiples [42]. Ce système ne commence à s'exprimer qu'à partir de la fin de la petite enfance. Avant la naissance du bébé, la mère a déjà tout un ensemble de représentations cognitivo-émotionnelles sur la façon dont elle imagine qu'elle répondra aux besoins de son enfant à naître. Ces représentations sont en partie issues de sa propre histoire d'attachement précoce et des représentations qu'elle a progressivement construites sur cette histoire d'attachement, qui définissent son état d'esprit quant à l'attachement [75]. Ces représentations sont aussi en partie modelées par le contexte culturel et social au sens large dans lequel elle vit [86].

Le déclenchement des comportements et attitudes au sens large du *caregiving* est sous la dépendance de multiples facteurs. La grossesse et l'accouchement représentent des facteurs facilitateurs ou déclencheurs qui peuvent être plus ou moins prépondérants dans les changements quasi ismiques qui affectent la mentalité d'une mère qui vient d'accoucher : cette préoccupation maternelle primaire que D.W. Winnicott décrivait déjà comme état transitoire quasi pathologique mais transitoire. Les études chez l'homme sont encore balbutiantes, mais deux facteurs hormonaux semblent particulièrement impliqués dans les changements biologiques du processus de *bonding* et de *caregiving* : il s'agit de l'ocytocine et de la vasopressine. Le système de récompense semble également une voie de recherche prometteuse. Les fonctions les mieux connues de l'ocytocine (naissance et lactation) sont spécifiques aux femmes et correspondent aux comportements les plus associés avec un nouveau-né [23]. L'ocytocine intracérébrale pourrait être d'une importance toute particulière dans le comportement maternel mammifère ; elle serait sécrétée sous l'influence de divers stimuli sociaux qui incluent la simple présence d'un bébé ou d'autres stimuli sociaux. L'ocytocine sécrétée pendant la lactation pourrait servir à renforcer le comportement maternel [55, 62, 97].

Les facteurs liés au bébé jouent un rôle probablement très importants, même s'il n'y a pas encore de données expérimentales très fournies. Les contacts peau à peau soutenus mère-bébé, immédiatement après la naissance, sont empiriquement bien connus pour favoriser le développement du *bonding*. Les contacts, le toucher peau à peau de la mère et l'enfant, les mouvements de mains et le réflexe de succion du bébé stimulent la libération d'ocytocine [77, 82]. La consolabilité du bébé, son ajustement postural (le foussement), sa capacité de regard sont des stimuli très puissants du système de récompense-plaisir et jouent un rôle clé dans le développement de l'expression optimale du *caregiving* ([23, 62]. Enfin, les bébés sont particulièrement doués, de par leur immaturité et la forme de leur visage, à déclencher chez tout adulte un comportement de protection et donc le *caregiving* [41].

Les facteurs contextuels jouent aussi un rôle primordial sur le développement du *caregiving* de la mère auprès de son bébé qui vient de naître. Les facteurs liés à son état psychologique ont été particulièrement étudiés : la dépression post-natale, l'anxiété

post-natale, un état de stress post-natal et les psychoses du post-partum peuvent altérer plus ou moins gravement l'expression du *caregiving* chez la mère [104]. La multiplicité des stress environnementaux éventuels auxquels la mère est soumise peuvent miner ses ressources pour exprimer son *caregiving* [57] : sont particulièrement étudiés les événements de vie négatifs (chômage, maladie, statut socio-économique précaire), les stress interpersonnels (conflits conjugaux), l'absence d'alliance parentale avec le père, l'existence d'autres personnes à protéger (enfants jeunes, fratrie en souffrance, ascendants à protéger).

Le soin parental dans le *caregiving* a un double versant : protéger l'enfant ou l'accompagner dans l'exploration. Chaque parent peut être plus ou moins doué pour chacun des aspects. Il semble en outre, qu'en fonction du rôle parental, les deux dimensions ne soient pas sollicitées de la même manière. La figure paternelle semble plus importante dans l'exploration et dans la régulation des émotions liées à l'exploration (reconnaître la frustration du bébé et l'aider à trouver une solution appropriée compte tenu de son âge développemental). La figure maternelle joue peut être un rôle plus important dans la régulation des émotions liées au système d'attachement proprement dit, peut-être du fait de sa plus grande continuité et du rapport aux soins physiques [46].

Variations individuelles : situation étrange, profils (*patterns*) d'attachement, modèles internes opérants et question de la transmission

Venons-en aux variations individuelles en fonction des réponses de l'environnement que l'on peut observer dès l'âge de 12 mois lorsque l'enfant est exposé à une séparation de sa figure d'attachement et à des retrouvailles avec celle-ci. Ce paradigme de la situation activatrice de l'attachement a été modélisé dans la *situation étrange* [2] et a permis de différencier plusieurs types de profils d'attachement.

Paradigme de la situation étrange

La situation étrange (*strange situation*) constitue un paradigme expérimental, élaboré par M. Ainsworth, qui évalue la qualité des liens d'attachement chez l'enfant de 12 mois. Cette situation expérimentale, conduite selon un protocole bien codifié que nous ne détaillerons pas ici, est composée de huit séquences de 3 minutes comportant deux séparations avec l'adulte référence et des contacts avec une personne non familière en présence et en l'absence de la figure d'attachement. L'élaboration de ce paradigme vise à créer une tension graduelle chez l'enfant afin d'activer le système d'attachement et d'étudier l'organisation du comportement vis-à-vis de la figure d'attachement, en situation de détresse potentielle. Le codage est ensuite réalisé par un observateur entraîné, selon une catégorisation en termes de sécurité de l'attachement, mais aussi selon des échelles interactives continues, prenant en compte le comportement de l'enfant et celui de son partenaire.

Patterns d'attachement

La description et la répartition des attachements sécurés ou insécures est universelle : elle est observée dans toutes les cultures humaines [103].

Pattern d'attachement sécurés

Le *pattern* d'attachement sécurés avec la figure d'attachement principale est observé dans 60 p. 100 de la population générale. L'enfant exprime librement les besoins de son système d'attachement. L'adulte répond aux besoins de protection et de consolation. L'enfant développe un sentiment de sécurité et la recherche en cas de besoin. Il développe un phénomène de base de sécurité. Les enfants confiants dans la disponibilité du *caregiver* communiquent activement leur détresse et leur recherche du réconfort. La confiance dans la disponibilité physique et psychologique de la figure d'attachement fonde la base d'une exploration autonome ; la résolution des problèmes est couplée avec la certitude qu'une aide sera là si nécessaire [18]. L'attachement sécurés à 12 mois est prédictif d'un développement émotionnel, cognitif et social de meilleure qualité : confiance en soi, sentiment de compétence personnelle, empathie et compétences sociales [106, 107]. C'est un facteur de protection sur le développement d'une psychopathologie ultérieure [93].

Pattern d'attachement insécures

Quand l'environnement ne répond pas de manière adéquate à l'expression des besoins d'attachement du jeune enfant, mais continue à le protéger et ne suscite pas de peur chez l'enfant, l'enfant développe des stratégies d'adaptation, que l'on appelle stratégies conditionnelles ; elles sont une sorte de compromis entre ce dont il a besoin et ce que ses figures d'attachement peuvent lui donner ou peuvent tolérer de ses besoins [71]. Ils sont observés dans 30 p. 100 des cas en population générale. Cette insécurité de l'attachement, si elle représente une adaptation optimale pour l'enfant à l'environnement où il grandit, limite les potentialités de développement individuel optimal : négociation des conflits, confort émotionnel, liberté cognitive, qualité des relations sociales proches. L'enfant insécures doit faire face simultanément à l'environnement et à ses parents [71]. Les attachements insécures sont un facteur de risque de psychopathologie s'ils sont associés à d'autres facteurs de risque [45]. Deux types d'attachement insécures représentent les différentes modalités adaptatives en fonction des modes de réponse habituels de la figure d'attachement à l'expression des besoins de proximité de l'enfant.

L'*attachement évitant* est observé dans 20 p. 100 des cas : c'est un ensemble de stratégies attentionnelles, comportementales et émotionnelles de minimisation des besoins d'attachement et de diversion de l'attention.

L'*attachement ambivalent/résistant* est observé dans 30 p. 100. C'est un ensemble de stratégies comportementales, cognitives et attentionnelles de maximisation des besoins d'attachement, au détriment des capacités d'exploration.

Attachement désorganisé

L'attachement désorganisé (10 p. 100 en population générale) a été individualisé plus récemment [75]. La figure d'attachement ne protège plus l'enfant, elle abdique son rôle de protection ou elle entraîne chez l'enfant des expériences d'activation du système

d'attachement à un niveau extrême, sans aucun apaisement, ou encore elle suscite la peur chez l'enfant. L'enfant ne peut plus construire de stratégies : on parle alors d'attachement désorganisé. L'enfant est soumis à une situation de « peur sans solution » [75] : sa figure d'attachement est à la fois source de sécurité et source d'alarme. L'enfant est soumis à un conflit motivationnel paradoxal qui représente un véritable traumatisme relationnel précoce [87] et entraîne un effondrement des stratégies attentionnelles et comportementales.

La majorité des enfants avec attachement désorganisé évoluent vers un tableau de reprise de contrôle en prenant sur eux la responsabilité de gérer l'attention et la proximité de leur figure d'attachement : cette inversion du rôle parental peut prendre la forme de comportements de recherche d'attention négative ou bien de comportements parentifiés ou encore d'hypersexualisation [91].

L'attachement désorganisé est un facteur de risque en soi, entraînant une gestion du stress problématique [92], des troubles du comportement [64], un développement émotionnel de mauvaise qualité [21] et un risque de dissociation à l'adolescence [21, 66].

Facteurs en jeu dans le développement des *patterns* d'attachement

L'influence des interactions parent-enfant est le facteur crucial. Les facteurs génétiques et tempéramentaux ne jouent pas un rôle dominant dans le développement des *patterns* d'attachement [12]. En revanche, les facteurs tempéramentaux (réactivité aux stimuli, par exemple) favorisent le risque qu'un enfant élevé par un parent insécure développe un attachement insécure [105]. Les facteurs génétiques sont beaucoup plus impliqués dans le développement du *pattern* désorganisé [9, 61] dans un modèle qui se révèle de plus en plus complexe et multidimensionnel. Les facteurs génétiques de l'enfant pourraient interagir différemment avec l'état d'esprit maternel quant à l'attachement et avec la qualité de la communication affective maternelle, produisant une partie de la variance non partagée en relation avec la désorganisation (une partie du fossé dans la transmission) [67].

Le modèle *diathesis stress* [101] insiste sur l'hypothèse d'un effet gène-environnement probable. Le comportement parental affecte l'expression des gènes liés au niveau d'éveil (gène *DRD4*, sensibilité à la nouveauté et attention). Le modèle de la sensibilité génétique au stress qui rend certains enfants plus vulnérables au soin non sensible que d'autres est particulièrement développé par Gervai et al. [43].

Passer au niveau des représentations : la question du transgénérationnel

Du côté du bébé : les modèles internes opérants
J. Bowlby [14] a emprunté le concept de modèles de travail à des théoriciens du traitement de l'information. Il s'agit de représentations cognitivo-émotionnelles. Ces modèles représentent les attentes de l'enfant et guident les comportements et les réactions cognitives et émotionnelles que celui-ci aura dans les situations d'activation du système. Ils orchestrent le comportement, la cognition et les affects dans les relations proches et fournissent un guide quant à la façon de se comporter, à ce qui

doit attendu ou anticipé et la façon d'interpréter les événements interpersonnels ambigus ou complexes. Ils contrôlent également l'attention portée aux informations associées à des événements liés à l'attachement et la mémoire associée à ces événements [75]. Ils régulent les affects et tout particulièrement les affects négatifs lorsque le sujet est dans une situation de stress activatrice de l'attachement. Ces modèles de travail sont automatiques, c'est-à-dire que l'enfant n'en a pas conscience. Ces modèles traduisent la confiance dans les autres comme capables de répondre de manière adéquate, soutenant et proche en cas de difficulté, et donc la confiance en soi comme personne digne d'être aimée et soutenue par les autres. Ces modèles de travail ont une certaine stabilité car ils filtrent les perceptions et ne retiennent que celles qui confirment les attentes. Les modèles opérants internes (MOI) deviennent des filtres interprétatifs au travers desquels les enfants reconstruisent leur compréhension des nouvelles expériences et des relations de manière cohérente avec leurs expériences passées et leurs attentes, et en y inscrivant parfois des processus défensifs inconscients [18, 99].

Les modèles internes opérants sont véritablement opérationnels sous une forme mentalisée aux alentours de la troisième année. Il y a un modèle de la relation d'attachement (et donc un modèle interne opérant) pour chaque figure d'attachement. On connaît encore mal comment, à partir de 6 ans, s'organise la complexité de ces modèles : les hypothèses actuelles semblent en faveur de la persistance de modèles anciens auxquels se surajoutent de nouveaux modèles, au fur et à mesure des expériences relationnelles, des expériences de la vie et des capacités cognitives du sujet, et ce, tout au long de la vie [18]. Plus l'enfant est jeune, plus des changements de l'environnement pourront facilement modifier ces modèles du monde et de soi. Plus l'enfant grandit, et plus il faudra des changements environnementaux profonds et durables pour que de nouveaux modèles se surajoutent aux anciens ; à partir de l'adolescence, le sujet peut réexaminer ses propres modèles et se confronter, dans les meilleurs des cas, à de nouveaux modèles relationnels. Il semble que plus le sujet est exposé à une situation de stress ou d'inconnu, qui éveille un sentiment d'alarme, de danger ou de détresse, plus les modèles les plus anciens d'attachement seront activés [28, 63].

Transmission transgénérationnelle de l'attachement

L'étude princeps de Main et al. [73] a mis en évidence une association significative entre les représentations d'attachement du parent, telles que étudiées par l'*adult attachment interview* (AAI), et le *pattern* d'attachement de l'enfant observé lors de la situation étrange. L'AAI est un entretien semi-structuré qui étudie le discours linguistique à propos de l'évocation de thèmes liés à l'attachement dans l'enfance du sujet. Il s'intéresse à la forme de présentation de ces souvenirs autobiographiques, en particulier à la cohérence, à la capacité du parent à intégrer les différentes mémoires, aux processus cognitifs, émotionnels et langagiers en jeu, de manière plus ou moins cohérente, à l'évocation des thèmes : on définit des « états d'esprit actuels quant à l'attachement » qui sont les représentations actuelles de l'adulte concernant des expériences d'attachement de l'enfance. Ils se répartissent en quatre catégories : « autonome », « détaché », « préoccupé » et « non résolu quant au traumatisme ou à la perte ».

L'étude de Fonagy et al. [37] a montré le pouvoir prédictif de cette association : l'état d'esprit pendant la grossesse du parent

prédit de manière significative le type de *pattern* d'attachement à la situation étrange, quand le bébé a 1 an. Les méta-analyses de Van Ijzendoorn [102, 104] confirment qu'il existe bien une transmission transgénérationnelle de l'attachement pour la majorité des dyades.

La théorie de l'attachement essaie de comprendre comment la représentation mentale de l'attachement du parent influence le développement des stratégies comportementales d'attachement de son enfant. Le rôle de la sensibilité parentale comme facteur de médiation, telle que définie par Ainsworth [2], s'est révélé très partiel [102]. Les études les plus récentes affinent le modèle en étudiant particulièrement l'attachement désorganisé. Sont mises en évidence l'importance de la capacité de mentalisation du parent au sujet des questions d'attachement, tant pour lui que pour son enfant (fonction réflexive parentale) [38, 90], ainsi que la présence de comportements dits atypiques chez le parent qui concourent à activer le niveau d'effroi du petit ou à le laisser trop longtemps sans réponse régulatrice ou à lui envoyer des signaux contradictoires [65, 70]. Sont également évoqués pour comprendre ce qui peut contribuer à expliquer les 25 p. 100 de non-transmission un certain nombre de facteurs théoriques qui n'ont pas encore été l'objet d'études expérimentales. On évoque les facteurs contextuels comme les conditions de stress (facteurs socio-économiques, stress contextuels), les états psychiatriques post-natals du parent, les autres à protéger, les problèmes d'alliance parentale (conflits conjugaux), les facteurs liés au bébé et les dimensions biologiques de la parentalité [70]. La question de la transmission et de l'influence du comportement parental doit maintenant être intégrée dans un modèle *diathesis stress* [67] ou un modèle de sensibilité aux comportements parentaux, comme nous l'avons vu plus haut en prenant en compte l'existence d'un contexte plutôt à bas risque (les premières études de la théorie de l'attachement) ou celui d'un contexte à haut risque (les études les plus récentes).

Étude de l'attachement pendant l'enfance

Cette étude de l'attachement durant l'enfance a été longtemps négligée par les chercheurs et ce n'est que dans les dernières années que les données se sont développées. Nous allons donc retracer les connaissances actuelles et voir les questions qui se posent encore pour cette période du développement.

Attachement dans l'enfance, changement et continuité

L'enfance qui s'étend de 6-7 ans à 12 ans est une période importante du développement, comportant de nombreux changements tant sur le plan cognitif que relationnel, qui font que le système d'attachement d'un enfant est influencé par l'environnement extérieur au milieu familial.

L'ouverture sur le monde extérieur est l'une des caractéristiques de cette période. L'enfant passe de plus en plus de temps en dehors du cercle familial, à l'école, avec ses pairs, au sein de ses diverses activités extrascolaires. C'est ainsi que les parents ne sont plus les seules figures sociales de référence pour lui, comme cela était le

cas au cours des années précédentes, et qu'ils ne contrôlent plus quels sont les adultes qui s'occupent de leur enfant. Ces adultes influencent le développement de l'enfant et peuvent devenir des figures d'attachement secondaires (par exemple, les enseignants, les moniteurs de sport, etc.).

Les pairs prennent également une place de plus en plus privilégiée, d'abord comme compagnons de jeu, puis comme figures d'attachement lors de défis mineurs lorsque le niveau stress n'est pas trop important, dans la seconde partie de l'enfance [54, 58]. Ce phénomène préfigure le glissement qui s'opère à l'adolescence des parents vers les pairs comme figures d'attachement. Mais, pendant l'enfance, les parents restent les figures d'attachement principales et l'enfant peut s'appuyer sur d'autres figures si les parents sont indisponibles [78].

Dans ce temps passé à l'extérieur, l'exploration devient une activité fondamentale de cette période et ne va qu'en augmentant, à la fois l'exploration du monde externe avec l'intégration au milieu scolaire, le défi des apprentissages, l'investissement d'activités extrascolaires, etc., et celle du monde interne c'est-à-dire des émotions, des affects, des idées, de la connaissance de soi et des autres. Tout cela est possible grâce au développement cognitif de l'enfant et à sa possibilité d'être plus à distance de ses figures d'attachement.

En effet, un autre grand changement concernant l'attachement est que l'enfant a moins besoin de la proximité physique de ses figures d'attachement, en dehors de stress très intenses ; il a maintenant besoin d'avoir la certitude de leur disponibilité et de leur accessibilité s'il en éprouve la nécessité [17]. Le système comportemental d'attachement devient plus sophistiqué et les représentations mentales prennent un rôle prépondérant.

Ainsi l'enfant peut-il supporter de longues séparations en sachant qu'il peut être en contact avec sa figure d'attachement par le téléphone, par exemple, et qu'il peut la retrouver s'il en a besoin.

Le maintien du contact devient une tâche partagée dans l'enfance entre l'enfant et ses parents, une co-régulation s'installe [69]. Ils assument ensemble le contact de « base de sécurité » grâce aux capacités de communication développées par l'enfant, à ses possibilités de tenir compte des informations venant de l'extérieur et d'adapter ses plans en fonction de ses besoins et de ceux des autres, en particulier ceux de sa figure d'attachement [78].

Le partenariat corrigé quant au but continue à se développer, à se complexifier, permettant à l'enfant de négocier les enjeux d'autorité, les conflits et les désaccords avec ses parents et de se mettre ainsi d'accord sur les stratégies communes pour parvenir à un but donné, en tenant compte des attentes et des priorités de chacun. La capacité de négociation que cela permet est un très bon indice de la qualité de l'attachement pendant la période de l'enfance dans une famille.

Enfin, le développement des capacités cognitives de l'enfant lui permet de mettre en place un modèle de représentations de lui-même, de lui en relation avec ses figures d'attachement et les autres, des autres, modèle qui devient plus élaboré et organisé dans l'enfance. La question de l'organisation de ce modèle interne opérant qui se généralise est encore en cours d'étude.

Les études actuelles montrent que certains enfants ont un modèle interne opérant généralisé à la fin de l'enfance si les représentations avec ses différentes figures d'attachement sont cohérentes, d'autres ne l'auront acquis qu'à la fin de l'adolescence quand ces différentes représentations ne sont pas cohérentes [53].

Mesures de l'attachement dans l'enfance

Plusieurs conceptualisations de l'évaluation de l'attachement existent pour cette tranche d'âge. D'une part, l'évolution importante de l'enfant dans son développement général à cet âge fait que les protocoles valides au début de l'enfance ne le sont plus à la fin et vice versa. D'autre part, différents modes de modélisation sont possibles selon que l'on poursuit l'observation des comportements d'attachement ou que l'on évalue les représentations d'attachement que l'enfant s'est construit. Enfin, l'étude très récente de cette partie du développement de l'enfant en termes d'attachement rend l'homogénéisation des protocoles d'évaluation encore difficile.

Mais l'intérêt de ces diverses approches est qu'elles peuvent se valider et s'enrichir mutuellement. Malgré tout, des questions méthodologiques persistent et demandent une attention particulière lors de la lecture et de l'analyse des études.

S'appuyant sur la constatation que, dans le début de l'enfance, l'enfant recherche encore la présence de la figure d'attachement en cas de stress, différents chercheurs [73] ont adapté le protocole de la situation étrange en augmentant le temps de séparation et en observant, à partir des comportements, le phénomène de base de sécurité lors des réunions. Cette approche dépend de la personne spécifique et reprend les catégories d'attachement de la situation étrange, elle étudie donc les comportements d'attachement de l'enfant.

D'autres chercheurs, s'appuyant sur les capacités de représentation que l'enfant acquiert, ont mis au point des autoquestionnaires autour des relations d'attachement [52], des entretiens semi-dirigés sur le modèle de l'AAI, la *child attachment interview* [98], des narrations d'événements autobiographiques et des histoires « attachement-pertinentes » à compléter [19]. Cette approche analyse les perceptions et les représentations de l'attachement de l'enfant.

Enfin, l'analyse du fonctionnement familial est utilisée par les chercheurs qui travaillent sur l'approche familiale à la lumière de la théorie de l'attachement [40].

Malgré la complexité de l'évaluation de l'attachement pour cet âge, la sécurité et l'insécurité peuvent être définies et permettent de mener des études ainsi que de parfaire notre connaissance du développement émotionnel de l'enfant.

Notion de continuité et de changement de l'attachement pendant l'enfance

Différentes études sur des échantillons de familles sans risque majeur, depuis l'étude princes de Main et al. en 1985 [73], sont en faveur d'une stabilité des *patterns* d'attachement. Les études de Waters et al. en 2000 [106] et de Carlson en 1998 [21] montrent que certains événements de vie (décès d'un parent, divorce parental conflictuel, maladie chronique d'un parent ou de l'enfant...) influencent vers la discontinuité les *patterns* d'attachement d'un enfant.

Ces différentes études montrent que, en dehors de la surveillance d'une perte de la ou des figures d'attachement ou de changement de la qualité du *caring*, une stabilité de la qualité de

l'attachement est constatée, et ce, quelle que soit la méthode d'évaluation utilisée

Association entre attachement et développement des compétences sociales, cognitives et gestion des émotions

De nombreuses études ont montré des liens entre la sécurité de l'attachement et diverses compétences comme les capacités d'adaptation à l'école, les compétences cognitives, les relations aux pairs et les symptômes cliniques. Les premières études ont évalué l'attachement pendant la petite enfance ou l'âge de l'école maternelle et ont établi des corrélations avec des compétences ultérieures. De nouvelles études évaluent l'attachement pendant l'enfance et vérifient la validité de ces associations.

Association entre qualité de l'attachement, développement cognitif et adaptation à l'école

Les données sur les liens entre la qualité de l'attachement et les mesures du QI sont contradictoires et ne mettent pas en évidence de lien fort entre ces deux dimensions du fonctionnement psychique d'un enfant. En revanche, l'existence d'un attachement désorganisé fait chuter les niveaux de développement cognitif, ce qui fait penser que ces groupes d'enfants sont à risque pour leur développement [50, 81].

De nombreuses études montrent un lien étroit entre la sécurité de l'attachement et l'adaptation à l'école en termes d'attitude positive face au travail et de comportement adapté et souple dans la classe ainsi que de compétences d'apprentissage, de participation, de motivation et d'intérêt [52, 81, 93].

L'adaptation à la demande scolaire est l'un des grands défis de l'enfance. La sécurité de l'attachement lié à une base de sécurité donne plus d'enthousiasme et de capacité d'exploration du monde scolaire en donnant à l'enfant une meilleure confiance en lui et une attitude plus positive face aux défis. La qualité de l'environnement familial est également à prendre en compte dans les capacités de réussite scolaire. Des études plus affinées doivent encore être menées.

Association entre qualité de l'attachement, estime de soi et évaluation de l'information sociale

J. Bowlby [13] postulait qu'un enfant qui avait développé une relation sécurisée avec sa figure d'attachement avait expérimenté des soins sensibles et ajustés, ce qui lui permettait de se vivre comme digne de ses soins et de l'affection des autres. Ce vécu lui permettait de développer une représentation positive de lui-même. Celle-ci lui permettait aussi de faire face aux aspects négatifs et d'avoir ainsi une représentation « réaliste » de lui-même en faisant face à ses limites propres.

Les études de Cassidy et al. [25] montrent que les enfants sécurisés ont une perception d'eux-mêmes comme ayant de bonnes capacités sociales et comme étant peu préoccupés par leurs compétences dans ce domaine. Mais les deux dimensions étant testées par des autoquestionnaires liant ces deux dimensions, leur validité reste à vérifier.

Les liens entre sécurité de l'attachement et estime de soi n'ont pas été très étudiés, ce qui est surprenant, vu l'importance de l'estime de soi dans les capacités sociales en général.

En revanche, le lien entre la sécurité de l'attachement, l'abord positif des enjeux sociaux et la sélection d'informations positives sur soi-même chez les enfants sûres ressort nettement dans les différentes études [25, 110]. Il apparaît donc que la sécurité de l'attachement permet aux enfants d'avoir un vécu positif d'eux-mêmes et d'avoir des attentes positives vis-à-vis des autres, tout en ayant la possibilité de faire face aux vécus et expériences négatives sur eux-mêmes et dans leurs relations.

Association entre attachement et régulation des émotions

Un enfant sûr est capable d'utiliser son parent comme havre de sécurité quand il est en situation de détresse. Cela lui permet de retrouver un état d'équilibre et de ne pas être désorganisé par ses émotions négatives. En grandissant, l'enfant devient capable de trouver des stratégies pour faire face à ses émotions négatives en dehors de la présence de son *caregiver*. Les études montrent que les enfants sûres utilisent de meilleures stratégies pour gérer le stress et peuvent s'appuyer sur les autres si cela s'avère nécessaire [26, 51]. Les enfants sûres rapportent plus de ressentis positifs quand ils sont en relation avec les autres que les enfants insécures [51]. En revanche, il ne semble pas y avoir de lien entre la sécurité de l'attachement et le tempérament plus ou moins émotif.

D'autres études sont nécessaires pour faire le point sur l'influence des différents types d'insécurité sur la gestion des émotions.

Association entre attachement et relations aux pairs

La sécurité de l'attachement permet une meilleure capacité d'exploration y compris l'exploration des relations aux pairs [52]. De plus les enfants sûres ont un véritable intérêt pour les relations aux autres et ont des capacités pour les mettre en place [52, 93] ainsi qu'un meilleur contrôle de leurs émotions ce qui leur permet de mieux gérer les conflits inhérents aux relations à cet âge. Ils ont donc globalement des relations de meilleure qualité avec leurs pairs que les enfants insécures.

Des études montrent que les enfants sûres sont plus appréciés de leurs camarades que les enfants insécures [11, 44, 52]. Mais le lien entre attachement et statut auprès des camarades est moins fort qu'entre attachement et qualité relationnelle.

Association entre attachement, troubles du comportement et autres symptômes cliniques

J. Bowlby pensait que l'attachement sûr procurait de meilleures bases pour le développement que l'attachement insécure qui était lié à des problèmes de développement de la personnalité et à des troubles cliniques variés.

Les études menées depuis par les différents chercheurs confirment l'association entre l'attachement insécure et une plus grande fréquence de troubles du comportement externalisés [30, 33, 91], mais aussi de troubles internalisés comme la dépression ou l'anxiété pendant l'enfance. En revanche, elles ne spécifient pas de liens plus fins selon le type d'insécurité.

La sécurité de l'attachement est l'un des éléments importants qui influencent la qualité du développement psychologique pendant l'enfance ; en effet, dans la population générale, il y a 30 à 35 p. 100 d'enfants insécures alors que, dans les populations cliniques, la proportion atteint 80 p. 100 [45].

L'enfance est une période riche du développement qui change la place que prend le système d'attachement pour l'individu avec un équilibre qui s'opère entre les systèmes d'attachement, d'exploration, affiliatif et de vigilance. Mais, malgré la nécessité de poursuivre les études, il apparaît que, comme aux autres âges, l'attachement influence le développement social, cognitif et émotionnel de l'enfant et que les parents gardent un rôle important en soutenant et en guidant les expériences de leur enfant, dans une dimension de transmission transgénérationnelle de l'attachement.

Attachement et adolescence

La survenue de la puberté avec les transformations du corps qu'elle entraîne marque le début de l'adolescence. Se conjuguent alors aux transformations physiques de profonds changements cognitifs et affectifs ainsi que dans l'équilibre des systèmes motivationnels. Le rôle des systèmes affiliatif et d'exploration grandit tout au long de cette période, dont la première phase est dominée par l'émergence du système sexuel et la seconde par celle du système de *caregiving*.

Du point de vue de l'attachement, en lien étroit avec tous ces changements, l'adolescence se caractérise par un remaniement des relations avec les figures d'attachements primaires et, pour la première fois depuis le début de la vie, par la création de nouveaux liens d'attachement.

Au niveau du monde interne, et plus précisément des modèles internes opérants, ces changements ont un impact sensible tandis que, réciproquement, les représentations des relations d'attachement qui ont été intériorisées au cours de l'enfance influencent le processus d'autonomisation.

L'adolescence est une période où le rôle du système comportemental d'exploration est au premier plan : exploration du monde physique comme pendant l'enfance, mais surtout, à cet âge, de nouveaux rôles sociaux, de nouvelles relations, de la sexualité, de soi-même, de son corps et de ses émotions. Or, et c'est un point fondamental de la théorie, il existe une balance dynamique entre attachement et exploration, ce qu'illustre la notion de « base de sécurité » de M. Ainsworth [2]. Dans cette perspective, il est clair qu'un attachement sûr favorisera l'exploration et donc le développement de l'autonomie, tandis qu'un attachement insécure sera susceptible de l'entraver.

Ainsi, si le fait d'être attaché à ses parents peut paraître antinomique aux défis développementaux auxquels l'adolescent doit faire face, la sécurité de cet attachement joue en réalité un rôle fondamental pour aider l'adolescent à surmonter ces défis.

Liens entre transformations cognitives et affectives

Sur le plan cognitif, l'adolescence se caractérise par l'émergence de ce que Piaget appelle les opérations formelles : la pensée se libère du concret, l'adolescent devient capable de raisonner logiquement dans l'abstrait et sur des hypothèses. Ces nouvelles capacités

lui permettent réfléchir différemment sur ses propres processus de pensée, sur ses représentations de lui, des autres et des relations. Il peut alors développer ses facultés réflexives, ce que M. Main appelle la *métacognition* [72].

Du point de vue affectif, ces nouvelles capacités cognitives vont avoir deux principaux impacts sur l'attachement : la mise en place de modèles internes intégrés des relations et la transformation du partenariat corrigé quand au but avec les parents.

Avant l'adolescence, l'attachement est spécifique d'une relation. Les modèles internes opérants de la relation avec la mère peuvent différer de ceux de la relation avec le père, en fonction des expériences relationnelles différentes avec chacun d'entre eux. À partir de l'adolescence, ces expériences multiples avec chaque *caregiver* et les modèles internes qui y sont rattachés font l'objet d'une intégration et d'une généralisation qui permettent la construction d'un modèle plus général des relations d'attachement. P. Crittenden parle de « métamodèle » [27], M. Main d'« état d'esprit » vis à vis de l'attachement [72]. Ce modèle intégré et généralisé est le plus souvent mobilisé en cas d'activation du système d'attachement, mais il est vraisemblable cependant que les modèles différenciés ne disparaissent pas tout à fait et qu'ils continuent à jouer un rôle dans certains contextes ou dans certaines relations. Ce changement a une implication pratique sur l'évaluation de l'attachement. Il devient possible à partir de cette période de l'évaluer en termes d'organisation unique prédominante qui, après une période de développement, présente une certaine stabilité et permet de prévoir le comportement et le fonctionnement du sujet aussi bien en dehors que dans la famille. C'est cette organisation que l'entretien d'attachement de l'adulte (ou AAI pour *adult attachment interview*), élaboré par M. Main [74] et utilisable dès l'adolescence, permet d'évaluer.

Le développement des capacités réflexives joue également un rôle dans les interactions avec les parents. Il permet une plus grande souplesse dans le « partenariat corrigé quant au but » [56]. L'adolescent peut intégrer ses besoins et ses désirs actuels de façon plus souple et se représenter plus finement ceux de ses parents. De plus, ses capacités de communication se développent. Ces acquisitions permettent qu'il modifie ses comportements d'attachement en tenant compte de l'état d'esprit de ses parents. Tandis que le partenariat pendant l'enfance reflète des efforts coordonnés entre l'enfant et le parent, à partir de l'adolescence, il paraît plus juste de parler d'efforts négociés. Cette sophistication des relations explique le recours moins fréquent aux parents comme figures d'attachement. Les interactions « observables » sont donc plus ponctuelles, mais leur rôle reste important pour assurer le sentiment de sécurité interne.

Remaniements de l'attachement aux parents

Au début de l'adolescence, on constate une prise de distance vis-à-vis des parents. Le temps passé avec eux, la proximité émotionnelle, le recours à leur avis pour prendre des décisions se réduisent très fortement. Mais, en dépit de ces apparences, J. Bowlby [13] a d'emblée insisté sur le fait que les liens d'attachement restent intenses avec les parents, tandis que d'autres relations importantes se mettent en place à cette période. Les nombreux travaux qui ont porté depuis sur ce point confirment l'importance de la qualité du lien d'attachement actuel avec les parents dans le processus

d'autonomisation. Les travaux d'Allen, par exemple, mettent en évidence une forte corrélation entre la présence de comportement de recherche d'autonomie chez les adolescents et des indices d'une relation positive avec les parents, [5]. De même, il apparaît que la plupart des adolescents continuent à se tourner vers leurs parents en situation de stress très intense [96] et les parents sont encore très souvent utilisés comme figures d'attachement par les jeunes adultes [39].

La notion de « base de sécurité » évoquée ci-dessus permet de comprendre le rôle des parents pour favoriser l'autonomie. À l'adolescence, il est essentiel que le système d'exploration soit hautement activé pour permettre que le sujet développe ses compétences physiques, intellectuelles et sociales et, au-delà, pour qu'il puisse nouer de nouvelles relations. La construction de l'autonomie de l'adolescent repose donc en grande partie sur l'activation du système d'exploration qui n'est optimale que si le système d'attachement n'est pas trop activé. Ainsi l'autonomie de l'adolescent ne se développe-t-elle pas dans la rupture ou l'isolement, mais dans le contexte d'une relation proche toujours possible avec ses parents lorsqu'il la demande.

À la différence de ce qui se passe chez l'enfant, la pression vers l'autonomie est à l'adolescence beaucoup plus intense, plus permanente et plus directement en compétition avec le système d'attachement. Aussi les risques qu'attachement et exploration entrent en conflit sont-ils beaucoup plus grands.

Pour faire face à ces tensions, les nouvelles capacités cognitives de l'adolescent, nous l'avons vu, vont jouer un rôle important. Mais, réciproquement, l'autonomisation influence les capacités de l'adolescent à réévaluer et à réaménager ses relations d'attachement avec ses parents. La distance créée par le mouvement d'autonomisation joue un rôle au moins aussi important que le développement des capacités cognitives pour permettre de repenser les relations d'attachement. À mesure que l'indépendance croît se met en place la distance émotionnelle nécessaire pour permettre l'utilisation des capacités cognitives qui, elles-mêmes, permettent de remanier les relations d'attachement avec les parents. M. Main propose la notion d'« espace épistémique » pour qualifier cette nouvelle liberté cognitive et émotionnelle donnée par l'autonomie [74]. Réciproquement, la réévaluation des relations d'attachement avec les parents peut permettre de surmonter certaines des difficultés dans les relations avec eux et donc de développer l'autonomie. Un cercle vertueux apparaît donc le plus souvent dans le développement normal.

Création de nouvelles relations d'attachement

Relations avec les pairs

Nous l'avons vu, les relations avec les pairs pendant l'enfance, même si elles jouent un rôle essentiel dans le développement social, ne sont pas des relations d'attachement. C'est à partir de l'adolescence que, progressivement, certaines relations avec les pairs évoluent et jouent un rôle du point de vue de l'attachement. À la fin de l'adolescence, des relations à long terme se mettent en place dans lesquelles les pairs (que ce soit des partenaires amoureux ou des amis très proches) deviennent des figures d'attachement [20].

La poussée vers l'autonomie crée une forte incitation à utiliser les pairs comme figures d'attachement pour satisfaire les besoins

d'attachement, tout en prenant ses distances avec les parents. En effet, les besoins d'attachement ne disparaissent pas : ils sont progressivement et partiellement transférés sur les pairs. Ce transfert implique une transformation : on passe d'une relation asymétrique, dans laquelle l'enfant reçoit l'attention d'une figure parentale protectrice, à des relations réciproques, dans lesquelles chacun offre et reçoit soutien et protection. Les changements aux niveaux physique, cognitivo-affectif et des compétences sociales permettent à l'adolescent d'assurer ce rôle protecteur et de devenir lui-même, pour la première fois, une figure d'attachement.

À la différence de ce qui se passe pendant l'enfance, il devient rare à l'adolescence de faire appel à une figure d'attachement dans des situations de menace physique vitale, de détresse extrême ou de risque imminent de désorganisation émotionnelle. C'est pour des besoins d'attachement plus subtils, moins urgents et dans des contextes plus complexes que le recours à une protection est nécessaire. De plus, la relation de réciprocité entre pairs modifie profondément le sens et l'expression des comportements d'attachement, qui sont plus souples. Aussi, si l'on tient compte de ces aspects, dire qu'une relation avec un pair est ou n'est pas une relation d'attachement est sans doute un peu simpliste. Il serait peut-être plus approprié de dire qu'une relation avec un pair a plus ou moins de fonctions du point de vue de l'attachement, en différenciant par exemple fonction de base sécurisante et fonction de havre de sécurité. Pendant l'enfance, c'est une seule personne, la figure d'attachement, qui remplit toutes les fonctions. À partir de l'adolescence, ces fonctions sont assurées par différentes personnes, plusieurs pairs, le sujet se tournant spécifiquement vers l'un ou l'autre en fonction du contexte qui active le système d'attachement. Cette différenciation peut être intriquée avec une hiérarchisation des relations, c'est-à-dire un recours au pair qui dépend de l'intensité de l'activation [4, 59].

Relations amoureuses

L'un des aspects les plus importants des relations avec les pairs à l'adolescence est représenté par les relations amoureuses. Ces relations ne relèvent pas uniquement de l'attachement, il est évident que le système sexuel ou de reproduction en est une composante essentielle. Ce système émerge au début de l'adolescence, en lien avec les changements hormonaux, et il est tout aussi biologiquement ancré que le système d'attachement ; il a, comme lui, un rôle essentiel dans la survie de l'espèce. Le système d'attachement et le système sexuel poussent donc tous les deux à l'établissement de relations amoureuses caractérisées par leur intensité affective et qui vont prendre le pas sur certaines fonctions de la relation parent-enfant antérieure [4, 59]. La composante sexuelle de ces relations représente sans aucun doute un facteur déterminant dans la création d'un nouveau lien d'attachement puisqu'elle apporte une motivation importante pour entrer en relation, suscite des affects intenses, amène une grande intimité, physique et psychique, et permet ainsi une expérience unique partagée. Il est vraisemblable que les expériences d'attachement antérieures et les modes d'organisation des pensées et des émotions en rapport avec l'attachement vont de leur côté modeler ces relations.

Il semble que le début de l'adolescence correspond à une phase d'expérimentation de ces nouvelles motivations et de ces nouvelles relations. Le plus souvent, c'est au début de l'âge adulte qu'elles prennent un caractère durable. Peut-on pour autant parler de relations d'attachement ou de figure d'attachement ? Comme nous l'avons vu à propos de relations avec les pairs, l'idée

que l'adolescence est une période où l'on passe d'une figure d'attachement, le parent, à une autre, le conjoint, paraît un peu simpliste. Ces notions qui sont pertinentes pour l'enfant en situation de dépendance ne le sont plus pour un sujet autonome. Il paraît beaucoup plus vraisemblable que les besoins d'attachement puissent être tournés vers plusieurs personnes qui se différencient d'un point de vue qualitatif, c'est-à-dire qu'elles sont sollicitées dans des contextes différents, et d'un point de vue quantitatif, c'est-à-dire que certaines seront recherchées pour de bas niveaux d'activation du système, tandis que d'autres permettront d'apaiser les détresses les plus intenses [59].

Influence des modèles internes opérants sur le processus d'adolescence

Les modèles internes issus des expériences précoces, qui se complexifient et se consolident tout au long de l'enfance, influencent le déroulement du processus d'adolescence. Face aux défis de l'adolescence, les occasions d'apparition d'un sentiment d'insécurité se multiplient. Les stratégies d'attachement que l'adolescent met en place face au stress jouent un rôle déterminant dans son développement.

Les travaux de Freeman cités par Allen et Land [6], sur un groupe de sujets sains, illustrent bien les liens entre « état d'esprit » vis-à-vis de l'attachement et relations avec les parents. Parmi les adolescents qui ont un état d'esprit sûr, la très grande majorité (80 p. 100) désignent leurs parents comme figure d'attachement principale (le plus souvent leur mère). Dans le groupe des adolescents « insécures-détachés », c'est un ami ou un membre de la fratrie qui est désigné le plus souvent (deux tiers des cas), mais un tiers d'entre eux se désignent eux-mêmes. Enfin, les adolescents « insécures-préoccupés » comme les « insécures-détachés » désignent le plus fréquemment leurs amis ou leur fratrie comme principale figure d'attachement, mais se sont ensuite les parents qui sont cités par un tiers d'entre eux. Ainsi les adolescents sûres communiquent-ils plus facilement avec leurs parents, en particulier sur les problèmes en rapport avec l'attachement et la sécurité.

Il existe également des liens étroits entre l'organisation de l'attachement de l'adolescent et la qualité de ses relations avec ses pairs. La cohérence du discours et de la pensée à propos des expériences et des affects, caractéristiques de l'adolescent sûr, permet que ces mêmes expériences et affects soient traités dans les relations avec les pairs d'une manière souple et cohérente [4]. Au contraire, l'exclusion défensive des informations concernant l'attachement qui caractérise les organisations insécures peut entraîner une distorsion des échanges et des expériences négatives avec les autres. On a ainsi montré que, pour des lycéens, l'hostilité et le manque de compétence sociale, évalués par les amis proches, sont reliés à une organisation insécure de l'attachement [60]. Chez les adolescents détachés, le malaise par rapport aux affects est susceptible d'entraîner la mise à distance des pairs, notamment de ceux qui pourraient devenir des amis proches [60].

Les liens entre relations amoureuses et organisation de l'attachement sont complexes : O. Béigne cité par Allen et Land [6], dans un échantillon d'adolescents de 16 ans, n'a pas trouvé de relation entre sécurité de l'adolescent et rapports sexuels : il n'y a pas plus de jeunes qui ont eu des rapports sexuels chez les sujets insécures que chez les sujets sûres. En revanche, parmi ceux qui avaient

déjà eu des rapports sexuels, l'âge de ce premier rapport était plus précoce chez les sujets insécures que chez les sujets sûres. Une autre étude de Moore, citée dans Allen et Land [6], a trouvé que la sécurité de l'attachement était associée avec le fait d'avoir eu un moins grand nombre de partenaires sexuels. Les adolescents ayant des stratégies détachées avaient des relations sexuelles plus précoces. Enfin, chez des jeunes filles de 21 ans, Januszewski, également cité par Allen et Land [6], relève que les sujets sûres exigent plus d'implication affective avant de s'engager dans des relations sexuelles et paraissent avoir des attitudes moins permissives par rapport à la sexualité.

Relations entre attachement et psychopathologie

L'insécurité de l'attachement et la pression vers l'autonomie, lorsque leur intensité est trop grande ou leur rapport trop inégal, risquent, à l'adolescence, de déséquilibrer la balance attachement-exploration, de transformer la base sûre en prison, paralysant le développement du sujet, avec comme seule issue l'agir pathologique.

L'insécurité des relations d'attachement n'est pas un trouble en soi, mais elle s'accompagne d'une mauvaise image de soi, d'une incertitude quant à la capacité à être aimé, de sentiments de peur et/ou de colère vis-à-vis des parents, dont l'intensité peut déborder l'adolescent. Le sujet risque alors d'avoir recours à des stratégies défensives, qui le rendent plus vulnérable à la souffrance psychologique et aux troubles du comportement. Ainsi, si tous les adolescents qui ont un attachement insécure ne présentent pas de troubles à l'adolescence, la très grande majorité de ceux qui développent un trouble affectif ou des conduites ont un état d'esprit insécure. Rosenstein et Horowitz [85] ont par exemple retrouvé 97 p. 100 d'adolescentes insécures dans un échantillon d'adolescentes hospitalisées.

La littérature dont nous disposons indique qu'il pourrait exister des liens entre la nature des manifestations psychopathologiques, externalisées ou internalisées, et le type d'attachement [4].

Le style insécure-détaché prédisposerait les adolescents à des troubles dits « externalisés » [7, 8]. Leurs stratégies tendent à minimiser les besoins d'attachement, à limiter l'expression des affects de colère et de tristesse, à détourner l'attention du soi et de ses angoisses, sans résolution des conflits internes et des représentations négatives (vécu d'abandon, peur de la perte, autodépréciation). Ils sont donc susceptibles de développer des troubles des conduites : troubles des conduites alimentaires, conduites addictives, formes hostiles de dépression, formes externalisées de troubles anxieux (symptômes phobiques, par exemple), troubles de la personnalité de type personnalité antisociale.

Les adolescents qui ont un style d'attachement « insécure-préoccupé » sont concentrés sur leurs besoins d'attachement, leur sentiment d'insécurité et souvent débordés par leurs affects. Ils sont plus à risque de développer des troubles « internalisés » : les pathologies lorsqu'elles surviennent sont plutôt du registre hystérique, narcissique et anxiodépressif [10].

L'étude de Rosenstein et Horowitz [85] met ces liens en évidence. Sur soixante adolescents hospitalisés qu'ils ont évalués, 47 p. 100 ont un attachement « insécure-détaché », 50 p. 100 un attachement « insécure-préoccupé ». La plupart des sujets présentant des troubles des conduites ont un style « détaché »

et la plupart des adolescents souffrant d'un trouble affectif ont un style « préoccupé ».

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons défini le concept d'attachement tel qu'il a pu être développé dans la « théorie de l'attachement » et décrit les principaux aspects comportementaux par lesquels se manifeste cet attachement ainsi que les systèmes motivationnels sur lesquels s'appuient les processus développementaux. Nous avons ensuite tenté de repérer les modalités suivant lesquelles s'inscrit ce système d'attachement lors de chacune des étapes du développement de la petite enfance à l'adolescence. Nous avons également insisté, vu l'importance qu'ils prennent dans la compréhension de la psychopathologie de l'enfant, sur les points suivants : description des différents *patterns* d'attachement, notion de figure d'attachement et de modèle interne opérant (avec installation concomitante d'un sentiment de sécurité intérieure dans les meilleures cas), questions de la transmission transgénérationnelle de ces modèles des différentes modalités d'attachement et des modèles opérants internes. Toutes ces notions sont repérables dans les différents cadres nosographiques tels que les propose la psychopathologie de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

1. AINSWORTH MD. Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In : CM Parkes, J Stevenson-Hinde, P Marris. Attachment across the life cycle. London, Routledge, 1991, 320 pages.
2. AINSWORTH MD. Infancy in Uganda : infant care and the growth of love. Baltimore, John Hopkins University Press, 1967, 471 pages
3. AINSWORTH MD, BLEHAR MC, WATERS E, WALL S. Patterns of attachment. Erlbaum, Hillsdale, 1978, 416 pages.
4. ALLEN JP. Attachment in adolescence. In : J Cassidy, P Shaver. Handbook of attachment. New York, The Guilford Press, 2008 : 419-435.
5. ALLEN JP, HAUSER ST, BELL KL, O'CONNOR TG. Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in and adolescent-family interactions as predictors of ego development and self-esteem. Child Dev, 1994, 65 : 179-194.
6. ALLEN JP, LAND DJ. Attachment in adolescence. In : J Cassidy, P Shaver. Handbook of Attachment. New York, The Guilford Press, 1999 : 595-624.
7. ALLEN JP, MARSH P, MCFARLAND C et al. Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during midadolescence. J Consult Clin Psychol, 2002, 70 : 56-66.
8. ALLEN JP, PORTER M, MCFARLAND FC et al. The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. Child Dev, 2007, 78 : 1222-1239.
9. BAKERMANS-KRANENBURG MJ, VAN IJZENDOORN MH, BOKHORST CL, SCHUENGL C. The importance of shared environment in infant-father attachment : a behavioral genetic study of the attachment Q-sort. J Family Psychol, 2004, 18 : 545-549.
10. BERNIER A, LAROSE S, WHIPPLE N. Understanding the link between attachment state of mind and parent-adolescent relationships : the role of life transitions. Attach Hum Dev, 2005, 7 : 171-185.
11. BOHLIN G, HAGEKULL B, RYDELL A. Attachment and social functioning : a longitudinal study from infancy to middle childhood. Soc Dev, 2000, 9 : 24-39.

12. BOKHORST CL, BAKERMANS-KRANENBURG MJ, PASCO-PEARON RM et al. The importance of shared environment in mother-infant attachment security: a behavioural Genetic Study. *Child Dev*, 2003, 74: 1769-1782.
13. BOWLBY J. Attachement et perte. T1. L'attachement (1969-1982). Paris, PUF, 1978, 539 pages.
14. BOWLBY J. Attachement et perte. T2. La séparation: angoisse et colère (1973). Paris, PUF, 1978, 557 pages.
15. BOWLBY J. Attachement et perte. T3. La perte: tristesse et dépression (1980). Paris, PUF, 1984, 604 pages.
16. BOWLBY J. A secure base. New York, Basic Books, 1988, 224 pages.
17. BOWLBY J. (1989). The role of attachment in personality development and psychopathology. In: SI Greenspan, GH Pollock. The course of life. Vol. 1. Infancy. Madison, International Universities Press, 1989, 229-270.
18. BRETHERTON I, MUNHOLLAND KA. Internal working models in attachment relationships. Elaborating a central construct in attachment theory. In: J Cassidy, P Shavers. Handbook of Attachment, 2nd ed. New York, The Guilford Press, 2008: 102-126.
19. BRETHERTON I, RIDGEWAY D, CASSIDY J. Assessing internal working models of the attachment relationship. An attachment story completion task for 3 years olds. In: MT Greenberg, D Cicchetti, EM Cummings. Attachment in the preschool years theory. Chicago, Research Intervention the University of Chicago Press, 1990, 528 pages.
20. BUHRMESTER D. The developmental courses of siblings and peer relationships. In: F Bou, J Dunn. Children sibling relationships. Erlbaum, Hillsdale, 1992: 192-240.
21. CARLSON E. A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Dev*, 1998, 69: 1107-1128.
22. CARLSON EA, SAMPSON MC, SROUFE LA. Implications of attachment theory and research for developmental-behavioral pediatrics. *Dev Behav Pediatr*, 2003, 24: 364-379.
23. CARTER CS. Biological perspectives on social attachment and bonding. In: CS Carter, L Ahnert, KE Grossmann et al. Attachment and bonding: a new synthesis. Cambridge, The MIT Press, 2005: 85-100.
24. CASSIDY J. The nature of the child's ties. In: J Cassidy, P Shavers. Handbook of Attachment. New York, The Guilford Press, 1999: 3-20.
25. CASSIDY J, ZIV Y, MEHTA TG, FEENEY BC. Feedback seeking in children and adolescents: association with self-perceptions, attachment representations, and depression. *Child Dev*, 2003, 74: 612-628.
26. CONTRERAS JM, KERNS KA, WEIMER BL et al. Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment and peer relationships in middle childhood. *J Family Psychol*, 2000, 14: 111-124.
27. CRITTENDEN PM. Internal representational models of attachment relationships. *Infant Ment Health J*, 1990, 11: 259-277.
28. DORNES M. Psychanalyse et développement précoce. Paris, PUF, 2000.
29. DUGRAVIER R, GUEDENEY N, MINTZ AS. Attachement et liens d'amitié. *Enfances et Psy*, 2006, 31: 20-28.
30. EASTERBROOKS MA, ABELLES R. Windows to the self in 8-year-olds: bridges to attachment representation and behavioural adjustment. *Attach Hum Dev*, 2000, 2: 58-106.
31. EASTERBROOKS MA, DAVIDSON CE, CHAZAN R. Psychosocial risk, attachment, and behavior problems among school-aged children. *Dev Psychol*, 1993, 5: 389-402.
32. FELDMAN R, WELLER A, LECKMAN JF, KUINT J. The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation and potential loss. *J Child Psychol Psychiatry*, 1999, 40: 929-939.
33. FINNIGAN RA, HODGES EVE, PERRY DG. Preoccupied and avoidant coping during middle childhood. *Child Dev*, 1996, 67: 1437-1454.
34. FLEMING AS. Plasticity of innate behavior, experiences throughout life affect maternal behavior and its neurobiology. In: CS Carter, L Ahnert, KE Grossmann et al. Attachment and bonding: a new synthesis. Cambridge, The MIT Press, 2005: 136-168.
35. FONAGY P, GERGELY G, JURST M, TARGET M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York, Other Press, 2002, 145-201.
36. FONAGY P, GERGELY G, TARGET M. The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *J Child Psychol Psychiatry*, 2007, 48: 288-328.
37. FONAGY P, STEELE M, MORAN G et al. Measuring the ghost in the nursery: an empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infant security of attachment. *J Am Psychoanal Assoc*, 1993, 41: 957-989.
38. FONAGY P, TARGET M. Bridging the transmission gap: an end to an important mystery of attachment research? *Attach Hum Dev*, 2005, 7: 333-343.
39. FRALEY RC, DAVIS KE. Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships*, 1997, 4: 131-144.
40. FURY G, CARLSON EA, SROUFE LA. Children's representations of attachment relationships in family drawings. *Child Dev*, 1997, 68: 1154-1164.
41. GEORGE C, SOLOMON J. The caregiving behavioral system. In: J Cassidy, P Shaver. Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications. New York, The Guilford Press, 1999: 649-670.
42. GEORGE C, SOLOMON J. The caregiving behavioral system: a behavioral systems approach to parenting. In: J Cassidy, P Shaver. Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications, 2nd ed. New York, The Guilford Press, 2008: 833-856.
43. GERVAI J, NEMODA Z, LAKATOS K et al. Transmission disequilibrium tests confirm the link between *DRD4* gene polymorphism and infant attachment. *Am J Med Gen Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 2005, 132B: 126-130.
44. GRANOT D, MAYSELESS O. Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *Int J Behav Dev*, 2001, 25: 530-541.
45. GREENBERG MT. Attachment and psychopathology in childhood. In: J Cassidy, P Shaver. Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications. New York, The Guilford Press, 1999: 469-496.
46. GROSSMANN K, GROSSMANN KE, KINDLER H, ZIMMERMANN P. A new view of attachment and exploration. The influence of mothers and fathers on the development of psychological security from infancy to young childhood. In: J Cassidy, P Shaver. Handbook of attachment: theory, research and clinical applications, 2nd ed. New York, The Guilford Press, 2008: 857-879.
47. GUEDENEY N. Partir revenir ou l'enfant explorateur. In: M Soulé. La vie de l'enfant. Ramonville-Saint-Agne, Éres, 2006.
48. HINDE RA. Ethology and attachment theory. In: KE Grossmann, K Grossmann, E Waters. Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies. New York, The Guilford Press, 2005: 1-12.
49. HRDY SB. Evolutionary context of human development. In: CS Carter, L Ahnert, KE Grossmann et al. Attachment and bonding: a new synthesis. Cambridge, The MIT Press, 2005: 9-32.
50. JACOBSEN T, EDELSTEIN W, HOFMANN V. A longitudinal study of the relation between representation of attachment in middle childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Dev Psychol*, 1994, 30: 112-124.
51. KERNS KA, ABRAHAM MM, SCHLELMILCH A, MORGAN TA. Mother-child attachment in later middle childhood: assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attach Hum Dev*, 2007, 9: 33-53.
52. KERNS KA, KLEPAC L, KAY COLE A. Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. *Dev Psychol*, 1996, 32: 457-466.

53. KERNS KA, SCHLEGELMILCH A, MORGAN TA, ABRAHAM MM. Assessing attachment in middle childhood. *In* : KA Kerns, RA Richardson. Attachment in middle childhood. New York, The Guilford Press, 2005 : 46-70.
54. KERNS KA, TOMICH PL, KIM P. Normative trends in children's perceptions of availability and utilization of attachment figures in middle childhood. *Soc Dev*, 2006, 15 : 1-22.
55. KEVERNE EB. Neurobiological and molecular approaches to attachment and bonding. *In* : CS Carter, L Ahnert, KE Grossmann et al. Attachment and bonding : a new synthesis. Cambridge, The MIT Press, 2005 : 101-118.
56. KOBAR R, DUEMMER S. Attachment and conversation : toward a discourse analysis of adolescent and adult security. *In* : K Bartholomew, D Perlman. Attachment processes in adulthood, vol. 5. London, Jessica Kingsley, 1994 : 121-149.
57. KOBAR R, MANDELBAUM T. Caring for the caregiver. An attachment approach to assessment and treatment of child problems. *In* : M Johnson, VE Whiffen. Attachment processes in couple and family therapy. New York, The Guilford Press, 2003 : 144-164.
58. KOBAR R, ROSENTHAL N, SERWIK A. The attachment hierarchy in middle childhood. *In* : KA Kerns, RA Richardson. Attachment in middle childhood. New York, The Guilford Press, 2005 : 71-88.
59. KOBAR R, ROSENTHAL N, ZAJAC K, MADSEN S. Adolescent attachment hierarchies and the search for an adult pair bond. New directions in child development. *Adolesc Attach*, 2007 : 57-72.
60. KOBAR R, SCERY A. Attachment in late adolescence. Working models, affect regulation, and representation of self and others. *Child Dev*, 1988, 59 : 135-146.
61. LAKATOS K, TOTI I, NEMODA Z et al. Dopamine D4 receptor (*DRD4*) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. *Mol Psychiatry*, 2005, 5 : 633-637.
62. LECKMAN JF, CARTER CS, HENNESSY MB et al. Biobehavioral processes in attachment and bonding. *In* : CS Carter, L Ahnert, KE Grossmann et al. Attachment and bonding : a new synthesis. Cambridge, The MIT Press, 2005 : 301-347.
63. LIOTTI G. Trauma, dissociation and disorganized attachment : three strands of a single braid. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 2004, 41 : 472-486.
64. LYONS-RUTH K. Attachment relationships among children with aggressive behaviour problems : the role of disorganized early attachment patterns. *J Consult Clin Psychol*, 1996, 64 : 64-73.
65. LYONS-RUTH K, BRONFMAN E, ATWOOD G. A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind. Expressions in mother-infant interaction. *In* : J Solomon, C George. Attachment disorganization. New York, The Guilford Press, 1999 : 33-69.
66. LYONS-RUTH K, DUTRA L, SCHUDER MR, BIANCHI I. From infant attachment disorganization to adult dissociation : relational adaptations or traumatic experiences ? *Psychiatr Clin North Am*, 2006, 29 : 63-86.
67. LYONS-RUTH K, JACOBVITZ D. Attachment disorganization, genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. *In* : J Cassidy, P Shaver. Handbook of attachment theory. Research, and clinical application, 2nd ed. New York, The Guilford Press, 2008 : 666-697.
68. LYONS-RUTH K, SPIELMAN E. Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting : integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Ment Health J*, 2004, 25 : 318-335.
69. MACCoby E. Middle childhood in context of the family. *In* : WA Collins. Development during middle childhood. Washington, National Academy Press, 1984 : 184-239.
70. MADIGAN S, BAKERMANS-KRANEBURG MJ, VAN IJZENDOORN MH et al. Unresolved states of mind, anomalous parental behaviour, and disorganized attachment : a review and meta analysis of a transmission gap. *Attach Hum Dev*, 2006, 8 : 89-111.
71. MAIN M. Cross cultural studies of attachment organization : recent studies, changing methodologies and the concept of conditional strategies. *Hum Dev*, 1990, 33 : 48-61.
72. MAIN M. Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) model of attachment : findings and directions for future research. *In* : CM Parkes, J Stevenson-Hinde, P Marris. Attachment across the life cycle. London, Tavistok/Routledge, 1991 : 127-159.
73. MAIN M, KAPLAN N, CASSIDY J. Security in infancy, childhood and adulthood : a move to the level of representation. *In* : I Bretherton, E Waters. Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1985, 50 (*serial n° 209*) : 66-104.
74. MAIN M, GOLDWIN R, HESSE E. Adult attachment scoring classification system. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley, 2003.
75. MAIN M, HESSE E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status : is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism ? *In* : MT Greenberg, D Cicchetti, EM Cummings. Attachment in preschool years : theory, research, and intervention. Chicago, Chicago University Press, 1990 : 161-182.
76. MARVIN RS, BRITNER PA. Normative development. The ontogeny of attachment. *In* : J Cassidy, P Shaver. Handbook of attachment. New York, The Guilford Press, 1999 : 44-67.
77. MATTHIENSEN AS, RANSJO-ARVIDSON AB, NISSEN E, UVNAS-MOBERG K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns : effects of infant hand massage and sucking. *Birth*, 2001, 28 : 20-21.
78. MAYSELESS O. Ontogeny of attachment in middle childhood : conceptualization of normative changes. *In* : KA Kerns, RA Richardson. Attachment in middle childhood. New York, The Guilford Press, 2005 : 1-23.
79. MEINS E, FERNYHOUGH C, WAINWRIGHT R et al. Mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Dev*, 2002, 73 : 1715-1726.
80. MIKULINER M, SHAYER PR. Security-based self-representations in adulthood. *In* : WT Rholes, JA Simpson. Adult attachment : theory, research and clinical implications. New York, The Guilford Press, 2006 : 159-195.
81. MOSS E, ST. LAURENT D. Attachment at school age and academic performance. *Dev Psychol*, 2001, 37 : 863-874.
82. NISSEN E, LJULA G, WIDSTROM AJ. Elevation of oxytocin levels early post-partum woman. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1995, 74 : 530-533.
83. OPPENHEIM D, KOREN-KARIE N. Mothers' insightfulness regarding their children's internal worlds : the capacity underlying secure child-mother relationships. *Infant Ment Health J*, 2002, 23 : 593-605.
84. POLAN HJ, HOFER MA. Psychobiological origins of infant attachment and separation responses. *In* : J Cassidy, P Shaver. Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications. New York, The Guilford Press, 1999 : 162-180.
85. ROSENSTEIN DS, HOROWITZ HA. Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol*, 1996, 64 : 244-253.
86. SAGI-SCHWARTZ A, AVIEZER O. Correlates of attachment to multiple caregivers in kibbutz children from birth to emerging adulthood. *In* : KE Grossmann, K Grossmann, E Waters. Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies, Grossmann. New York, The Guilford Press, 2005 : 165-197.
87. SCHORE A. Attachment and the regulation of the right brain. *Attach Hum Dev*, 2000, 2 : 23-47.
88. SCHUENGEI C, BAKERMANS-KRANEBURG MJ, VAN IJZENDOORN M, BLOM M. Unresolved loss and infant disorganization. Links to frightening maternal behavior. *In* : J Solomon, CC George. Attachment disorganization. New York, The Guilford Press, 1999 : 71-94.
89. SIMPSON JA, BELSKY J. Attachment theory within a modern evolutionary framework. *In* : J Cassidy, P Shaver. Handbook of attachment theory. Research and clinical applications, 2nd ed. New York, The Guilford Press, 2008 : 131-157.

90. SLADE A. Parental reflective functioning: an introduction. *Attach Hum Dev*, 2005, 7: 269-281
91. Solomon J, George CC. The place of disorganization in attachment theory. Linking classic observations with contemporary findings. *In*: J Solomon, CC George. Attachment disorganization. New York, The Guilford Press, 1999: 3-32.
92. SPANGLER G, GROSSMANN K. Individual and physiological correlates of attachment disorganization in infancy. *In*: J Solomon, CC George. Attachment disorganization. New York, The Guilford Press, 1999: 95-124.
93. SROUFE LA, EGELAND B, CARLSON EA. One social world: the integrated development of parent-child and peer relationships. *In*: WA Collins, B Laursen. Relationships as development contexts. Erlbaum, Hillsdale, 1999: 241-261.
94. SROUFE LA, WATERS E. Attachment as an organizational construct. *Child Dev*, 1977, 48: 1184-1199.
95. STEELE H, STEELE M. The construct of coherence as an indicator of attachment security in middle childhood. *In*: KA Kerns, RA Richardson. Attachment in middle childhood. New York, The Guilford Press, 2005: 137-160.
96. STEINBER L. Interdependency in the family: autonomy, conflict, and harmony in the parent-adolescent relationship. *In*: SS Feldman, G Elliott. At the threshold: the developing adolescent. Cambridge, Harvard University Press, 1990: 255-276.
97. SWAIN JE, LORBERBAUM JP, KOSE S, STRATHEARN L. Brain basis of early parent-infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuro-imaging studies. *J Child Psychol Psychiatry*, 2007, 48: 262-287.
98. TARGET M, FONAGY P, SCMUELI GOETZ Y. Attachment representation in school-age children: children with aggressive behaviour problems: the role of disorganized early attachment patterns. *J Consult Clin Psychol*, 2003, 64: 64-73.
99. THOMPSON RA, RAIKES HA. Toward the next quarter century: conceptual and methodological challenges for attachment theory. *Dev Psychopathol*, 2003, 15: 691-718.
100. TRONICK E. The neurobehavioral and social emotional development of infants and children. New York, W.W. Norton, 2007, 604 pages.
101. VAN IJZENDOORN MH, BAKERMANS-KRANENBURG MJ. DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attach Hum Dev*, 2006, 8: 291-307.
102. VAN IJZENDOORN MH, JUFFER F, DUYVESTEYN MGC. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Child Psychol. Psychiat*, 1995, 36: 225-248.
103. VAN IJZENDOORN MH, SAGI-SCHWARTZ A. Cross cultural patterns of attachment. Universal and contextual dimensions. *In*: J Cassidy, P Shaver. Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications, 2nd ed. New York, The Guilford Press, 2008: 880-905.
104. VAN IJZENDOORN MH, SCHUENGEL C, BAKERMANS-KRANENBURG M. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Dev Psychopathol*, 1999, 11: 225-249.
105. VAUGHN BE, BOST KK. Attachment and temperament. *In*: J Cassidy P Shaver. Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications. New York, The Guilford Press, 1999: 198-225.
106. WATERS E, WEINFELD NS, HAMILTON CE. The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: general discussion. *Child Dev*, 2000, 71: 703-706.
107. WEINFELD NS, WHALEY GJL, EGELAND B. Continuity, discontinuity and coherence in attachment from infancy to late adolescence: sequelae of organization and disorganization. *Attach Hum Dev*, 2004, 6: 73-97.
108. YUNGER JL, CORBY BC, PERRY DG. Dimensions of attachment in middle childhood. *In*: KA Kerns, RA Richardson. Attachment in middle childhood. New York, The Guilford Press, 2005: 89-114.
109. ZEANA CH, MAMMEN OK, LIEBERMAN AF. Disorders of attachment handbook of infant mental health. New York, The Guilford Press, 2000: 332-352.
110. ZIV Y, OPPENHEIM D, SAGI-SCHARTZ A. Social information processing in middle childhood: relation to infant-mother attachment. *Attach Hum Dev*, 2004, 6: 327-348.

— 6

DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE ORAL

Monique PLAZA, Fabienne BIGOURET
et Léonard VANNETZEL

Généralités

Qu'est-ce que le langage ?

Le langage est un système formalisé très complexe, développé uniquement par l'homme. Grâce à la station debout, le système buccophonatoire humain a pris l'orientation spécifique (en coude), permettant l'émergence du langage articulé, ce qui le distingue de celui des autres primates.

Les langues ont en commun d'être fondées sur des phonèmes qui se combinent en syllabes, en noms, verbes et autres mots outils pour former des phrases. Chaque langue sélectionne et organise de façon spécifique ces différents éléments.

Le langage se décline selon plusieurs registres : prosodie, phonologie, lexique, morphosyntaxe, sémantique et pragmatique. La sémantique a un statut particulier car elle est transversale : accéder au sens requiert d'extraire les indices des autres registres.

Le langage nécessite deux types d'entrées, la *réception* et la *production*, qui, d'un point de vue développemental, n'évoluent pas de manière synchrone car elles sont tributaires de mécanismes et de processus structurellement et fonctionnellement différents. Par exemple, le nouveau-né entend (*réception*), mais son tractus buccophonatoire est trop immature pour articuler un langage (*production*).

Le langage, dont la principale fonction est l'expression et la communication, inclut la *parole*, l'*expression gestuelle* (langage des signes) et le *langage écrit*. Si la parole représente la modalité langagière privilégiée, la gestuelle et la langue écrite la remplacent dans certaines circonstances. Ces modalités mettent en jeu les mêmes facultés langagières, qui se fondent sur :

- la capacité lexicale, permettant de constituer, de retenir en mémoire et d'utiliser en réception et en production un grand nombre d'associations signifiées/signifiants/référents ;
- la *capacité grammaticale*, soit l'organisation des séquences de la langue au niveau des phrases et du discours ;
- la *capacité pragmatique* qui concerne les modalités psychosociales d'interaction.

Tous ces registres sont intégrés dans la production et la compréhension du discours, permettant une communication efficace.

Le développement langagier, très dépendant des interactions sociales, requiert l'intégrité de certaines aptitudes sensorielles, motrices et cognitives.

Une approche intégrative du langage

La rédaction de ce chapitre étant assurée par deux psychologues et une orthophoniste, il repose sur une approche pluridisciplinaire. Le modèle de référence est intégratif, prenant en compte les liens complexes existant entre les registres biologique, génétique, cognitif, psychoaffectif et environnemental [30]. L'enfant vient au monde avec une « proto-connaissance » des principes universels qui structurent le langage. Chomsky parle même de « dispositif inné ». Pourtant, le développement langagier nécessite certaines conditions. En effet, l'enfant doit pouvoir organiser les informations sensorielles, extraire les sons langagiers pertinents, segmenter la parole qui est une onde continue et reconnaître dans la parole d'autrui l'intention de signifier. De ce fait, notre chapitre se réfère à des théories linguistiques structuraliste, cognitiviste, fonctionnaliste et interactionniste.

Notre vision du développement n'est pas linéaire. Les processus de maturation procèdent par chevauchements et recouvrements ; les registres langagiers évoluent en s'appuyant les uns sur les autres, par un processus nommé *bootstrapping*, c'est-à-dire « passerelles d'accès », par Pinker [29]. La théorie du *bootstrapping* suppose qu'un registre linguistique (prosodique, sémantique, syntaxique) constitue une passerelle d'accès vers d'autres registres. Ainsi la prosodie peut-elle servir de déclencheur pour la syntaxe, par les pauses et accentuations qu'elle fournit. La sémantique peut avoir la même fonction : un mot décrivant une action est un bon candidat pour être un verbe.

Certains domaines apparaissent comme « modulaires », donc indépendants et autonomes, mais leur défaillance peut produire des effets en cascades ; c'est l'un des enseignements de la pathologie. Les composantes du langage interagissent à chaque niveau de développement. Telle distinction lexicale aide à telle réalisation phonologique, telle conduite langagière à la maîtrise d'une forme syntaxique particulière, etc. Les représentations linguistiques seraient dérivées d'une base cognitive générale. Selon Karmiloff-Smith [23], s'il existe des prédispositions innées pour le langage, elles ne sont pas pour autant des modules encapsulés, spécialisés et inscrits dans une architecture neuronale fixe. La modularité est un produit et non une condition du développement du langage.

L'enfant n'acquiert pas les « outils linguistiques » de façon isolée ; leur utilisation n'est pas immédiatement généralisable. Il construit ses connaissances linguistiques au cours d'activités

langagières particulières et variées. Ces connaissances s'étendent ensuite à divers contextes et se généralisent, devenant disponibles pour d'autres fonctions langagières.

Les aspects sémantiques (lexicaux et structuraux) du langage dépendent beaucoup plus des systèmes conceptuels que les domaines phonologiques et morphosyntaxiques. C'est pourquoi Chomsky avait suggéré d'appeler « conceptuels » les premiers aspects et « computationnels » les seconds. Le traitement computationnel (terme emprunté à l'informatique) opère sur des symboles, c'est-à-dire sur des éléments qui représentent ce à quoi ils correspondent. La cognition agirait à partir de représentations, dont la réalité physique est codée de façon symbolique dans un cerveau. Dans la perspective de Varela, qui a développé le concept d'énaction dans les sciences cognitives, l'esprit fonctionne comme un ensemble d'organisme vivants, et non comme un ordinateur doté de « mémoires », de « programmes » et du « disque dur central » que serait la conscience [41].

Rondal [37] propose de distinguer trois catégories : les aspects « computationnels », les aspects « conceptuels » (sémantiques) et les aspects « socio-informatiionnels » du langage, qui regroupent les régulations pragmatiques et l'organisation informationnelle du langage au niveau du discours.

Le développement de l'enfant est tributaire des échanges sociaux, comme le montrent les travaux sur les interactions précoces, la théorie motrice de la parole et la théorie des neurones miroirs, qui permettent de dépasser la notion un peu figée d'imitation.

Réception et production

Rappelons la différence entre les aspects de réception (plus précoces) et de production (plus tardifs), qui nécessite de les dissocier dans le début de l'exposé. Il existe, chez l'adulte et chez l'enfant, un décalage entre les structures langagières comprises et produites.

Réception

Réception prénatale et périnatale

L'émergence des neurones corticaux apparaît entre la 6^e et la 17^e semaine de gestation. Le système auditif du fœtus est fonctionnel dès la 25^e semaine et le niveau d'audition est proche de celui de l'adulte vers la 35^e semaine. En état de veille, le fœtus perçoit tout stimulus sonore dépassant 60 décibels. Ces capacités auditives précoces lui permettent de traiter des sons langagiers.

Les paradigmes de recherche utilisés pour étudier les capacités fœtales s'appuient sur la présentation de stimuli auditifs à la femme enceinte, associée à l'enregistrement des battements cardiaques du fœtus. En présence de stimuli nouveaux, le rythme cardiaque fœtal s'accélère et il décélère lors de l'habituation. Ces expériences montrent que le fœtus est sensible à la voix, à la prosodie et à la phonologie. Ainsi fait-il la distinction entre /babi/ et /biba/, ce qui montre sa sensibilité à l'ordre séquentiel des syllabes [24]. Il existerait donc une imprégnation précoce, prénatale, par le langage.

Le cerveau du bébé contient environ 10 milliards de neurones, dont les connexions synaptiques se développent très fortement jusqu'à la troisième année de vie. Cette plasticité et cette

connectivité cérébrales permettent à l'enfant de sélectionner certains éléments, en fonction des apports de l'environnement. Le cerveau se modèle ainsi progressivement, en interaction constante avec le monde extérieur.

Les paradigmes de recherche utilisés avec les nouveau-nés s'appuient sur la succion non nutritive. La présentation d'un stimulus nouveau déclenche une accélération du rythme de succion, interprétée comme une « appétence » à la stimulation, le rythme de succion décroissant avec l'habituation.

Ces recherches montrent que le nouveau-né est rapidement sensible à la prosodie de la langue parlée autour de lui, aux spécificités de sa langue maternelle, notamment lorsqu'elle est accentuée par le *motherese* (ou « mamanais »), langage particulier adressé à l'enfant par l'adulte. En effet, la plupart des adultes s'adressent d'une façon spécifique aux nourrissons et aux très jeunes enfants, en modulant la prosodie et la voix, en accentuant les contours de la parole, lui donnant une valeur affective. Les bébés prêtent une plus forte attention à cette parole qui leur est destinée qu'à une parole échangée entre adultes.

Grâce à la prosodie, le nouveau-né est également capable de différencier, parmi toutes les langues, celle qui est parlée autour de lui. Cette discrimination est fondée sur les propriétés prosodiques (particulièrement rythmiques) des langues.

En plus de ces capacités prosodiques, les jeunes enfants disposent d'aptitudes phonologiques. Ils perçoivent ainsi la différence entre des syllabes telles que /ba/ et /pa/ et appréhendent principalement les sons de la parole de manière catégorielle, exactement comme le font les adultes. Ils sont potentiellement sensibles aux contrastes acoustiques entre les sons de toutes les langues. Ces capacités précoces de traitement prédisposent au découpage phonémique.

Cette aptitude discriminatoire est potentiellement universelle au départ, puis elle se spécialise dans la langue maternelle au cours de la première année de vie. L'espace acoustique initial est divisé par des frontières psycho-acoustiques universelles. À 6 mois, sous l'effet de la langue parlée autour de lui, le bébé réorganise et simplifie cet espace, en retenant les éléments pertinents dans sa langue. Il perd la capacité à discriminer les sons qui ne font pas partie du répertoire phonétique de sa langue maternelle et devient très sensible aux sons spécifiques de la langue parlée autour de lui. La perte de sensibilité pour les caractéristiques acoustiques des langues auxquelles il n'est pas exposé accompagne le développement langagier [10].

Découverte des mots

Comment l'enfant parvient-il à découper des unités mots, dans le flux sonore continu que constitue la parole ? Peu d'indices acoustiques marquent les frontières entre les mots ; la prosodie serait la clef du mystère, comme en témoigne la sensibilité des bébés à certaines variations physiques des sons langagiers, notamment le rythme et l'intonation, qui ont été négligés par la linguistique structuraliste.

Les *indices prosodiques* permettant la segmentation et qui sont spécifiques à chaque langue sont la pause, les schémas rythmiques de durée, les modulations de la hauteur vocale (fréquence), les variations d'intensité. En français, les frontières sont principalement marquées par l'allongement des dernières syllabes et les variations de la fréquence et de l'intensité. Dès l'âge de 5 mois,

le bébé est sensible aux histoires racontées avec la prosodie du *motherese*, dans lequel les frontières entre les propositions sont marquées par des pauses. À 9 mois, il est sensible aux phrases où les pauses coïncident avec les frontières situées entre sujet et verbes. Cet enveloppement prosodique est cohérent avec l'organisation des unités syntaxiques.

Des indices *phonémiques* aident également à segmenter le flux sonore et à discriminer les mots. En effet, certaines séquences de phonèmes ne sont « légalles » qu'à la frontière entre deux mots. En français, par exemple, un mot ne se termine jamais par « els » (« elle se lève ») et ne commence jamais par certaines suites consonantiques, « rz » par exemple. Ces contraintes phonotactiques, propres à chaque langue, apportent donc des repères de segmentation.

Grâce à ces indices prosodiques et phonémiques prélexicaux, le bébé développe une sensibilité à la frontière entre les mots et, de ce fait, à la syntaxe. À 9 mois, le bébé peut déjà identifier des formes sonores en les liant à des contextes. À 11 mois, il peut segmenter les unités lexicales et choisir des propositions dans lesquelles les pauses coïncident avec des frontières de mots. Vers l'âge de 1 an, la découverte du sens met provisoirement la phonologie segmentale au second plan, au profit d'une approche plus holistique de l'enveloppe phonologique du mot. Lorsque l'on fait entendre à l'enfant les mots « pibéron » et « biberon » de manière continue, il ne les différencie pas, car il privilégie alors l'enveloppe globale du mot, qui renvoie pour lui au même objet [10].

Le *développement lexical* représente pour l'enfant une tâche très complexe qui le confronte à un système de contraintes. Il doit associer des séquences de syllabes à des objets en activant des représentations mentales. Comme cette association est arbitraire – le même animal se dit « chien » en français et « perro » en espagnol –, l'enfant l'acquiert par mémorisation. Il doit apprendre à maîtriser les relations d'inclusion (par exemple, un oiseau est un animal), les relations entre les parties et le tout (par exemple, le doigt est une partie de la main), les incompatibilités lexicales (un « chien » ne peut pas être un « chat »), les différentes significations (polysémie) ou mêmes prononciations (homophonie) de deux mots, les similarités sémantiques entre des mots (synonymie). Il doit intégrer les indices morphologiques (genre, nombre, temps), la catégorie grammaticale (nom, verbe) de chaque terme lexical.

L'enfant de 18-20 mois est capable de comprendre une vingtaine de mots. On passerait à environ 500 mots à 30 mois, à 1 500 mots à 48 mois et à environ 2 000 mots à 5 ans. Mais il ne s'agit que d'indications générales, les variations interindividuelles étant très marquées.

Pour expliquer l'accélération du rythme des apprentissages lexicaux au-delà de 20-24 mois, on a émis l'hypothèse que l'enfant devait avoir saisi le rôle dénominatif d'une bonne partie des productions verbales des adultes. Les personnes, les objets, les situations, les événements et leurs propriétés, qualités, quantités et caractéristiques diverses peuvent être dénommés. Les mots ont une fonction et une valeur stable dans la communication. L'enfant doit également s'approprier la dialectique signifiant/signifié.

Il existe toujours un décalage entre la compréhension et la production langagière, même si la rapidité de maturation motrice, qui sous-tend la production, peut varier considérablement d'un enfant à l'autre. La compréhension débute vers 8-10 mois et la production 5 mois plus tard. Ce décalage impliquerait-il l'existence de deux lexiques différents, ou de deux voies distinctes

d'accès au lexique ? La compréhension lexicale et la production lexicale seraient des processus de nature différente, impliquant des mécanismes cognitifs et des systèmes neuronaux en partie distincts. La compréhension lexicale précoce, étayée sur les indices pragmatiques et contextuels, relèverait d'une activité mentale globale mobilisant les deux hémisphères, alors que la production lexicale précoce, plus analytique et linguistique, solliciterait plus spécifiquement l'hémisphère gauche.

Production

L'enfant doit maîtriser son appareil vocal pour parler : il doit coordonner les mouvements du larynx, du voile du palais, de la mâchoire, des lèvres, de la langue et synchroniser activités respiratoires et activités des cordes vocales. Or le nouveau-né ne contrôle pas son conduit vocal qui, proche de celui des primates non humains, est immature et inapte à la parole. Dans les premiers mois, des changements physiques permettent la production des sons langagiers, parallèlement aux informations fournies par les autres systèmes sensoriels (audition et vision). À 5 mois, les bébés maîtrisent leur activité respiratoire et leur larynx comme les adultes, mais ils ne contrôlent que progressivement la langue, le palais, l'ouverture du pharynx, en synergie avec le contrôle de la respiration. Le contrôle articuloire n'est pas maîtrisé avant l'âge de 5-6 ans.

Babillage

Le babillage a d'abord été conçu comme un non langage – un simple « entraînement mécanique » –, notamment par les linguistes structuralistes (dont Jakobson). Plusieurs travaux ont montré qu'il était tributaire de certaines contraintes biomécaniques de l'appareil articuloire et que, dépendant des interactions précoces avec l'entourage, il obéissait à des caractéristiques « canoniques » propres à chaque langue. C'est en tenant compte de ces composantes biologiques, perceptives et interactives que l'on peut comprendre la fonction complexe du babillage.

À partir d'observations d'enfants issus de communautés linguistiques différentes, on a montré l'influence des langues maternelles sur le babillage. L'enfant élabore une représentation de l'espace vocalique de la langue pour produire des syllabes en fonction des types d'associations consonnes/voyelles produites dans la langue parlée autour de lui.

On a identifié plusieurs périodes dans l'évolution du babillage infantin. Jusqu'à 2 mois dominent les vocalisations quasi réflexes avec des pleurs et des sons végétatifs. Entre 2 et 4 mois environ, le bébé produit des sons prévocaux dont la durée augmente jusqu'à 1 400 millisecondes. Entre 4 et 8 mois, le babillage se diversifie considérablement, avec la production de quasi-voyelles, de clics, de préconsonnes palatales, arrondies. Ce babillage se caractérise par la production régulière de syllabes complètes et bien formées (principalement de type consonne/voyelle). Il peut être répliqué (« bababa/tatata ») ou diversifié (succession de syllabes composées de consonnes et de voyelles différentes). Enfin, entre 9 et 15-18 mois apparaissent les premières productions significatives. Il s'agit de pré-mots qui permettent à l'enfant de signifier de façon stable une unité de référence. Le caractère canonique du babillage a été mis en évidence par des recherches impliquant des adultes, monolingues français, algériens et canonnais,

linguistiquement naïfs. Ils ont pu reconnaître, à partir d'un enregistrement sonore, les caractéristiques prosodiques et segmentaires du babillage d'enfants de langues française, algérienne ou chinoise. L'analyse acoustique, par exemple celle des formants vocaux, confirme l'existence d'une bonne correspondance entre les caractéristiques spectrales et prosodiques du babillage et la parole adulte produite autour de l'enfant [10].

L'ordre d'acquisition des phonèmes produits au cours du babillage, notamment des consonnes, correspond à leur degré de difficulté articuloire. L'enfant maîtrise d'abord le plus externe (les lèvres) et produit donc en premier des consonnes labiales. La différenciation consonantique procède ainsi selon le mode et le lieu d'articulation.

La première voyelle émise par l'enfant est souvent le /a/ et la première consonne le /p/. Ces deux phonèmes offrent un très fort contraste acoustique et articuloire. La voyelle /a/ est obtenue par une large ouverture buccale et la vibration des cordes vocales, sans limitation de durée, l'énergie acoustique étant concentrée en une bande spectrale étroite, tandis que la consonne /p/ a des caractéristiques acoustiques et articuloires inverses. Jakobson a émis l'hypothèse, aujourd'hui généralement acceptée, que le développement phonologique se faisait des phonèmes les plus contrastés (comme /a/ et /p/) aux moins contrastés (/cha/ par exemple). L'enfant imite les séquences syllabiques produites par les adultes en les simplifiant.

Qu'en est-il pour les nouveau-nés sourds ? Jusqu'à 5-6 mois, ils vocalisent comme les bébés entendant, mais ils ne babillent pas. Ce n'est qu'après 1 an qu'ils produisent un babillage composé de syllabes labiales qu'ils peuvent « voir » prononcer. Les hébés sourds à qui l'on parle une langue des signes babillent manuellement vers 8 mois : ils produisent des segments de gestes correspondant en quelque sorte aux syllabes du langage oral [10].

Production des mots : le lexique

Pour produire un mot, l'enfant doit le sélectionner dans le répertoire lexical, retrouver le programme phonétique correspondant et planifier les séquences articuloires nécessaires à sa prononciation.

Les premiers mots de l'enfant, entendus et identifiés comme tels par les adultes, apparaissent entre le 11^e et le 14^e mois. Les enfants mettent environ 5 à 6 mois pour constituer un répertoire de 50 mots. Ils produisent en moyenne 10 mots à 13 mois, 50 mots à 17 mois et 310 mots à 24 mois. La variabilité des performances entre les enfants est très importante jusqu'à la troisième année.

Entre 16 et 20 mois, l'augmentation du vocabulaire est particulièrement sensible. Vers la fin de la seconde année, lorsque l'enfant atteint un stock de production de 60 à 70 mots, se produit la phase de l'« explosion lexicale » : il énonce alors entre 4 et 10 mots nouveaux par jour. Désormais, les mots sont codés comme des unités phonétiques porteuses d'informations grammaticales.

Les enfants produisent des unités lexicales variées, avec des éléments d'ordre social et pragmatique (« non », « allo », « au revoir »), des onomatopées, des interjections, des expressions figées comme « ça y est » ou « a plus ». Les noms constituent les termes à fonction référentielle, utilisés pour désigner des entités (par exemple, « maman », « oiseau », « chaussure »). Les termes à fonction prédicative désignant des actions, des états, des propriétés ou des qualités attribués aux entités comprennent les

verbes et les adjectifs. L'enfant produit également des mots fonctionnels dits « grammaticaux » ou de « classe fermée » comme les déterminants, les pronoms, les prépositions et les conjonctions.

Chez les enfants anglophones, italoalphones, hispanophones et francophones, la production et la compréhension des mots précèdent celles des verbes. Le développement lexical se déplacerait donc des éléments référentiels vers les éléments prédicatifs, puis grammaticaux.

Bates et al. [4] proposent un processus en quatre stades :

- au *stade sociopragmatique* et ludique des premiers mots succède le *stade de la référence*, qui commence avec l'« explosion des 50 mots » (décrite précédemment) et se caractérise par l'usage prédominant des noms communs ;
 - durant le *stade de la prédication* se développe, après le seuil des 100 mots, les verbes et adjectifs permettant d'encoder les dimensions relationnelles ;
 - apparaît ensuite le *stade de la grammaire*, à partir de 400 mots.
- Selon la conception plus interactive de Bassano [3], l'enfant entre dans le langage par deux voies d'accès simultanées, celle du contenu lexical – avec les noms – et celle de la fonctionnalité – avec les éléments paralexicaux. Il continue ensuite à enrichir et à structurer ces deux registres en y intégrant les prédicats et les éléments fonctionnels de la grammaire.

Les noms « pleins » apparaissent avant les verbes et les prédicats, parce qu'ils se réfèrent à une substance et à une réalité matérielle. Les noms se réfèrent à des entités perceptives distinctes et d'une grande cohésion, alors que les verbes sont reliés à des éléments d'action plus diffus dans le champ perceptif.

Cependant, on observe une variation de ces tendances selon les langues. Chez les enfants francophones, le pourcentage de noms (28 p. 100 en moyenne à 20 mois) est d'abord moins élevé qu'il ne l'est chez les anglophones. En revanche, la proportion de prédicats, notamment de verbes, semble un peu plus élevée que chez ces derniers (18 p. 100 à 20 mois). La catégorie des mots grammaticaux présente en français un profil plus expansif qu'en anglais (22 p. 100 dès 20 mois, 36 p. 100 à 30 mois), du fait de la diversité des pronoms et déterminants.

Outre ces différences entre langues, interviennent également les variations interindividuelles, avec l'existence de différents « styles » de langage. Dans le style référentiel prédominant les noms – mots dénotant des objets – et dans le style expressif prédominent les routines, les formules et les éléments expressifs. Cette différence stylistique, qui est importante chez les enfants de 20 mois, s'atténue vers 30 mois, comme l'a montré Nelson notamment [28].

Il existe divers types de relations possibles entre les classes de référents signifiés par les mots de l'enfant et de l'adulte : le recouvrement partiel, le recouvrement total ou correspondance, la surextension et la sous-extension. Quel sens exact l'enfant associe-t-il aux mots qu'il utilise et à ceux qu'il semble comprendre ? Probablement ne rejoint-il l'adulte que progressivement. En effet, la correspondance totale est rare au début du développement lexical, sauf pour les noms propres. Il y a recouvrement partiel lorsque, par exemple, l'enfant utilise le terme « papa » pour désigner à la fois son père et les hommes de son entourage. Il y a surextension lorsque l'enfant utilise, par exemple, le même terme pour désigner les chiens, les chats, les chevaux et les vaches.

L'un des problèmes majeurs auquel l'enfant est confronté concerne l'ambiguïté référentielle des lexèmes. Lorsqu'il entend le mot « chien », comment sait-il s'il désigne l'animal dans sa

totalité, l'une de ses parties, la couleur de son pelage, une attitude ? L'enfant fait des hypothèses afin de réduire le nombre de référents d'un terme nouvellement entendu, ce qui guide l'apprentissage et permet la généralisation des mots nouveaux. Parmi les hypothèses pertinentes, trois présentent un intérêt particulier :

- la première hypothèse est celle de la *correspondance entre le mot et l'objet*. Les enfants, comme les adultes apprenant une langue étrangère, considèrent qu'un nouveau lexème dénomme un objet entier (une classe d'objets) plutôt que l'une de ses parties, propriétés ou relations. Cette hypothèse est renforcée par le fait que l'enfant rencontre le mot associé au même objet, prononcé par des personnes différentes, dans des contextes physiques et relationnels variés ;

- la deuxième hypothèse est celle de l'*exclusivité mutuelle*. L'enfant considère qu'un nouveau mot s'applique à un objet dont il ne connaît pas le nom, plutôt qu'à un objet dont il connaît déjà le nom. Les enfants adopteraient ce principe vers 18 mois ;

- la troisième hypothèse porte sur la *nécessité de généraliser correctement tout mot nouveau*, dès lors qu'il est appréhendé. Ce processus intervient après 2 ans et demi. Les recherches montrent que le jeune enfant privilégie les généralisations taxonomiques aux généralisations thématiques.

Production des phrases : la morphosyntaxe

Durant une phase intermédiaire, après la production de mots uniques, l'enfant énonce deux ou trois mots ayant un contour intonatif propre et séparés par une pause de durée variable (par exemple, « papa... parti »). Par la suite, la pause est supprimée et les deux mots sont produits avec le même contour intonatif, la voix s'abaissant par exemple sur le second mot, comme il est d'usage en français.

Les messages verbaux qui combinent plusieurs mots permettent de donner une valeur expressive et informative plus riche aux énoncés. L'accès au langage combinatoire vers 20-24 mois est donc fondamental pour l'expression du sens. La trame qui les préfigure n'est pas ordonnée de façon séquentielle, mais elle est polarisée sur l'élément central, le plus souvent le verbe. L'ordre des mots et les marques morphologiques sont essentiels pour traduire en surface les relations de sens que l'enfant veut exprimer et transmettre : accord en genre et nombre entre l'article et le nom, entre l'article, l'adjectif et le nom, accord en nombre entre le sujet et le verbe, marquage du temps, etc.

Dès 30 mois environ, l'enfant ordonne correctement la plupart des énoncés. Cependant, la façon exacte dont il respecte les règles de la langue reste partiellement inexpliquée.

L'utilisation des énoncés ainsi produits, dans un contexte fonctionnel et social déterminé, s'inscrit dans le domaine de la *pragmatique*.

Phrase

La phrase est une unité grammaticale composée au minimum de deux syntagmes : un nominal sujet et un verbe. Le syntagme nominal peut contenir, outre le nom, un ou des articles, des adjectifs, des prépositions et des adverbes ; il peut aussi être un pronom. En français, l'article sert à marquer le genre (arbitraire, donc à mémoriser), le nombre et le caractère défini ou indéfini du nom. Jusqu'à 6 ans, l'enfant tend le plus souvent à privilégier l'article

indéfini. S'il maîtrise le genre des substantifs, c'est sans doute qu'il a entendu les mots associés directement à un article ou à un adjectif et qu'il a été exposé de façon répétée à leur association.

Les pronoms personnels de la troisième personne qui désignent un élément absent (« il », « elle ») apparaissent plus tardivement que les pronoms personnels sujets et objets de première et seconde personne (« tu » désigne celui qui est là).

L'acquisition des pronoms possessifs est comparable à celle des pronoms personnels, mais intervient plus tardivement. Les pronoms possessifs des deux premières personnes, particulièrement au singulier, sont acquis en compréhension et production avant les pronoms de la troisième personne. L'emploi de l'adjectif possessif, qui repose sur un principe d'économie pour signifier la possession, se développe en plusieurs étapes. Dans un premier temps, l'enfant ne l'utilise pas, il l'exprime par la préposition « à » ou « de » dans des situations où le possédant est singulier (par exemple, « la voiture à papa », « la voiture de maman »). Il utilise peu de formes possessives répondant à une co-possession (« notre », « votre »).

Les premières prépositions à apparaître dans le parler de l'enfant sont le « à » indiquant le possesseur, le « de » marquant la possession et le « pour » indiquant le bénéficiaire (par exemple, « pour moi »). Les prépositions de lieu apparaissent au cours de la troisième année. L'usage des adverbes et des prépositions de temps est rare jusqu'à 3 ans. La compréhension des prépositions et des adverbes, notamment ceux qui expriment des relations spatiales et temporelles, peut rester imprécise tant que les notions cognitives sous-jacentes ne sont pas maîtrisées.

Aspect et temps

L'aspect concerne le sens du verbe utilisé. Il est indépendant de toute notion temporelle, permet de distinguer l'action en cours et l'action intemporelle, de se centrer sur le résultat de l'action ou sur son déroulement, de différencier l'événement isolé et l'événement répétitif, d'exprimer le souhait (futur de désir) et l'imaginaire (conditionnel du virtuel).

Dès la cinquième année, l'enfant utilise les mêmes formes verbales que l'adulte. Jusqu'à 6 ans, il a recours aux adverbes et aux conjonctions de temps pour exprimer les relations temporelles entre les événements rapportés ; il utilise les flexions verbales pour exprimer des caractéristiques temporelles de l'action.

Illocutoire

Entre 12 et 18 mois, l'enfant utilise l'intonation pour exprimer la différence entre ce qu'il conçoit comme un ordre, une déclaration ou une question. Avec l'apparition des énoncés à deux mots et plus, les énoncés impératifs peuvent être différenciés des énoncés affirmatifs car le syntagme nominal sujet en est absent. Les formes négatives sont différenciées des énoncés affirmatifs par l'apposition en début ou en fin de discours de l'élément négatif « pas » ou « non » (par exemple, « pas coucher », « pas dormir », « non »). Les questions sont aussi formées au moyen de l'intonation ou avec un mot interrogatif (qui ? quoi ?). À partir de 4 ans, elles peuvent également être produites par inversion de l'ordre habituel sujet/verbe.

Coordination et subordination

La coordination prédomine jusqu'à 4 ans, puis apparaît la subordination. Les subordonnées sont parfois précédées, dès la troisième année, par les « fausses relatives » (par exemple, « bébé qui pleure »), où il n'y a pas subordination mais simplement

positionnement du pronom entre le sujet et le verbe. Apparaissent ensuite des constructions où la subordination est explicitement marquée par le relatif ou la conjonction de subordination. Les phrases avec relative enchaînée se référant au syntagme nominal sujet n'apparaissent que plus tard. Ces enchaînements sont rares, même chez l'adulte, en raison des ressources qu'ils requièrent en mémoire de travail.

Causalité

Comme l'a montré Piaget, les dimensions de la cause et du temps sont souvent confondues sur le plan conceptuel et évoluent lentement. Les structures adverbiales de coordination conjonctive et les structures temporelles du langage peuvent être utilisées pour exprimer les relations temporo-causales implicites entre les événements. Jusqu'à 8 ans, les enfants tendent à considérer le premier élément présenté dans une séquence verbale comme étant la cause de l'événement qui suit. Ils semblent fonctionner selon une hypothèse axiomatique séquentielle unidirectionnelle. À ce stade, la conjonction « parce que » n'est pas nécessairement comprise. Après 8 ans, les enfants comprennent que l'ordre des propositions et celui des événements sont indépendants et que la logique séquentielle unidirectionnelle n'est pas exclusive.

Pour exprimer les références temporelles indépendamment des séquences événementielles – ce qui est acquis vers 9-10 ans –, l'enfant utilise différents moyens formels et pragmatiques qui vont d'une superposition de l'ordre des événements et de l'ordre des énoncés à une utilisation correcte des formes verbales. La maîtrise des conjonctions, des prépositions et des adverbies temporels est nécessaire et se développe par essai/erreur.

Pour les phrases de forme passive, qui nécessitent l'utilisation de l'auxiliaire être et du participe passé, le sujet est souvent introduit par la préposition « par ». Du point de vue cognitif, la coexistence dans le langage de phrases actives et passives implique la capacité à envisager un événement d'un double point de vue : celui de l'agent et celui du patient.

Les phrases passives sont rares chez les adultes (5 p. 100 de phrases) et les enfants n'en produisent guère avant 7 ou 8 ans, même s'ils peuvent les comprendre vers 3 ou 4 ans, sous leur forme non inversable (« le ballon est lancé par le joueur ») et vers 9 ou 10 ans sous leur forme inversable (« le garçon est suivi par le chien »), qui requiert une analyse syntaxique. Ils comprennent également mieux les formes passives pour les verbes d'action que pour les verbes mentaux, les représentations mentales générées par les verbes d'action étant plus vives chez la plupart des sujets.

Co-référence pronominale personnelle

Avant l'âge de 7 ans, les enfants maîtrisent difficilement la règle de correspondance en genre et en nombre entre les pronoms et leur co-référent nominal [22]. Ils y sont aidés par l'effet d'accentuation prosodique, la distance au niveau de la structure de surface entre le pronom et le ou les co-référents nominaux plausibles, l'ordre séquentiel des noms, la voix de la proposition ou de la phrase, la fonction grammaticale et certaines caractéristiques sémantiques telles que le genre.

Production discursive

Pour produire un discours, l'enfant doit utiliser le langage de façon non contextuelle en évoquant des personnages ou événements

absents, en tenant compte des connaissances de l'interlocuteur. Il doit également marquer les relations entre les phrases successives. Cette capacité apparaît vers 5 ans.

Karmiloff-Smith distingue trois phases de développement pour cette composante : de 3 à 5 ans, de 5 à 8 ans et de 8 à 12 ans. Dans un récit généré à partir d'images, l'enfant passe, par exemple, d'un emploi essentiellement contextuel et déictique des pronoms (« lui il fait ceci, cela »), désignant le personnage représenté sur l'image, à un usage répétitif contraint par l'existence d'un sujet unique (« le petit garçon court, crie... »), puis à un usage plus souple et plus adapté, qui permet à d'autres personnages de devenir sujets grammaticaux. Ainsi le fonctionnement local et correct du pronom, d'abord piloté par la vue de l'image isolée, est-il intégré dans la représentation de la structure d'ensemble du récit, tout en restant fortement contraint par elle. Finalement, cet emploi est intégré dans l'ensemble des connaissances à la fois linguistiques et cognitives du narrateur.

La production d'un discours nécessite que l'enfant tienne compte de la cohérence et de la cohésion. La *cohérence* désigne le fait que les informations apportées permettent à l'interlocuteur de se représenter le contenu exprimé. La *cohésion* concerne les marques linguistiques qui permettent de lier les énoncés. Elle est sous-tendue par l'emploi de mécanismes qui s'acquièrent à des âges différents, notamment la référence, l'ellipse, la cohésion lexicale, que l'enfant utilise sur le mode de l'enchaînement simple avant d'articuler hiérarchiquement les énoncés.

On peut distinguer au moins quatre grands types de discours : *narratif* (récits), *descriptif*, *argumentatif* et *théorique/explicatif*. Le récit a fait l'objet du plus grand nombre d'études développementales. Les enfants construisent progressivement (entre 4 et 12 ans) un schéma ou macrostructure narrative, composé de catégories relativement stables (cadre, événement déclenchant, tentative, résolution, conclusion), qui les guident dans l'organisation des éléments restitués [15]. L'existence d'un tel schéma, au début implicite, évolue vers une prise de conscience de sa constitution et de son rôle dans la production. En même temps qu'il élabore des récits de plus en plus structurés, l'enfant apprend à marquer linguistiquement le type de structure discursive. En particulier, il met en place les oppositions temporelles et d'aspect, comme la concordance des temps.

Pragmatique et développement du langage

Si l'enfant commence à parler vers 12 mois, il a, dès la naissance, des intentions de communication qui se développent sous l'influence de l'environnement. Le message langagier prend sa source dans une intention de communication. Sa construction exige de sélectionner une ou plusieurs informations, de les ordonner, de les mettre en rapport avec ce qui a été dit auparavant et de tenir compte des interlocuteurs présents. Ce travail préliminaire permet au locuteur de transmettre une information qui sera comprise de l'interlocuteur. Le locuteur doit, durant la transmission du message, être attentif aux *feedbacks* en comparant ses intentions avec ce qui est compris et renvoyé par l'interlocuteur.

La pragmatique s'attache à l'utilisation des structures de la langue dans une situation de communication particulière [40]. Elle décrit l'interprétation que se fait l'auditeur des énoncés qui changent selon le contexte.

Du fait de sa prématurité, l'enfant doit nouer des relations pour survivre car il ne peut pas satisfaire seul ses besoins. Dès la naissance, il transmet ses attentes, ses inconforts, ses satisfactions, via des cris, des gémissements et des sourires. Ses manifestations vocales ne sont pas indifférenciées : chaque cri correspond à des besoins spécifiques. L'enfant fait le lien entre son comportement et la réponse de sa mère. Par exemple, dès la troisième semaine, il peut émettre des cris feints, non motivés par un besoin, pour faire venir quelqu'un.

Avant 10 ans, l'apprentissage formel d'une langue a peu d'effets sur sa maîtrise. C'est par la diversité des situations de communication que l'enfant perçoit la réalité de la langue [7]. Progressivement, l'enfant ajuste les formes d'énoncés à des situations de communication. Cette évolution dans la maîtrise de la langue est multidimensionnelle : elle concerne la forme linguistique, le degré d'implicite, de coopération de l'interlocuteur et enfin les inférences.

Le langage suppose une relation à quatre termes : *moi, l'autre, le code linguistique* et la *réalité extralinguistique* [16]. Les premières communications se fondent sur un code non linguistique : l'enfant désigne, sans le dénommer, l'objet qu'il désire (*deixis*). Puis l'apparition du dialogue langagier, fondé sur des routines interactives, enrichit l'échange entre la mère et l'enfant. L'un pose des questions, l'autre répond, l'un produit un énoncé ou un comportement non verbal, l'autre approuve et le renforce, ou bien le refuse et le transforme. L'enfant se développe donc mentalement dans le cadre d'une pensée à deux. L'adulte étaye, développe les intentions communicatives de l'enfant afin qu'il puisse saisir les modalités conversationnelles et passer du monologue au dialogue en se corrigeant et en planifiant son discours. L'interaction de l'enfant avec son environnement est facilitée par ses capacités auditives précoces et sa propension, dès 20 minutes de vie, à regarder les visages plutôt que les objets. Le visage, riche de contrastes et d'éléments mobiles qui attirent le regard de l'enfant, permet l'attention conjointe indispensable à la communication.

L'enfant évolue dans une zone proximale de développement, grâce à laquelle se construisent les apprentissages. Cette notion, proposée par Vygotski [43], définit la capacité de l'adulte à tenir compte des compétences de l'enfant et à favoriser leur développement. Relevant de l'interaction asymétrique parent/enfant, elle prolonge l'interaction symétrique enfant/enfant. Dans l'interaction asymétrique, l'enfant bénéficie de la tutelle de l'adulte pour développer sa propre pensée et construire des codes qui vont se rapprocher de ceux de l'adulte. Il stabilise ainsi des formes d'énoncés où il répond aux exigences de l'interlocuteur et met en place un fil conducteur pour passer implicitement de l'objet du discours à un autre élément.

Dans l'interaction symétrique, l'enfant apprend sur le mode d'une co-construction en interagissant avec des pairs de même niveau linguistique et cognitif. Cette symétrie permet de partager un but commun. L'enfant se construit une représentation mentale des intentions et croyances de l'interlocuteur afin d'établir une relation interactive, à la fois verbale et non verbale. Grâce à la théorie de l'esprit, par laquelle l'enfant se représente les états mentaux d'autrui, il peut adapter ses croyances, ses attitudes et ses désirs, en fonction de ce qu'il perçoit de l'interlocuteur. Il apprend à déterminer les connaissances et les croyances partagées ou non avec lui [2].

Le discours exige à la fois une relation d'égalité et d'interchangeabilité entre les interlocuteurs. Les connaissances et les pré-supposés doivent être partagés pour assurer une bonne cohésion intradiscursive. La relation dissymétrique adulte/enfant relève

d'une dominance ou d'une coopération non homogène (voir la zone proximale de développement [ZPD] de Vygotski) : l'adulte initie les tours de parole ou introduit des thèmes nouveaux, et l'enfant répond aux questions posées ou ajoute un élément au récit lorsque le locuteur le sollicite explicitement. Ainsi, dans l'alternance des rôles, l'enfant ne doit-il pas faire de recouvrements, mais attendre une pause pour élargir ou introduire un nouveau thème. Au fur et à mesure, il peut anticiper cette pause en se focalisant sur le contour intonatif de l'énoncé.

Communiquer, c'est donc produire et interpréter des indices. Le développement mental et langagier dépend à la fois de l'environnement de l'enfant, de la réalité qu'il partage avec ses interlocuteurs et de son potentiel intellectuel interne.

Le locuteur doit être un partenaire de conversation efficace tenant compte de certaines règles fonctionnelles du langage. Cette dynamique est capitale pour le bon déroulement conversationnel.

La première forme de compréhension langagière s'appuie sur le contexte situationnel et/ou l'intonation du locuteur. Une deuxième forme de compréhension concerne essentiellement le lexique (compréhension lexicale ou, plus exactement, non nécessairement morphosyntaxique). La troisième forme de compréhension procède par analyse morphosyntaxique et lexicale : les lexèmes sont analysés dans leurs relations grammaticales (compréhension linguistique complète).

Cependant, pour utiliser le langage, il faut non seulement maîtriser le code lexical et les règles de combinaison morphosyntaxique, mais aussi élaborer des messages adaptés aux interlocuteurs, aux règles sociales et à l'objectif de communication. L'enfant doit donc, en parallèle, maîtriser les connaissances linguistiques et les règles de leurs usages sociaux.

Les *mécanismes pragmatiques du langage* peuvent être étudiés à partir des actes (dits) de parole : la négociation, le maintien des sujets de conversation, les échanges discursifs, l'évaluation de la compréhension des messages échangés, l'ajustement du discours au niveau linguistique de l'interlocuteur et les autocorrections.

Actes de langage

Dans le domaine de la pragmatique langagière, les dispositifs et contextes de communication ont reçu le nom d'actes de langage. L'enfant les maîtrise autour de 3-4 ans. La théorie des actes de langage part du principe que parler revient à intégrer un énoncé dans un contexte pour le rendre compréhensible à l'interlocuteur, ce qui agit donc sur lui en provoquant un changement d'état. Les actes de parole comprennent les actes déclaratifs et les requêtes d'information, d'action et de confirmation qui peuvent être directes, indirectes et inférées (exigeant une interprétation de la part de l'interlocuteur).

Les actes de parole font également intervenir des moyens non linguistiques (gestes, attitudes, mouvements oculaires, mimiques faciales), que les jeunes enfants exploitent, bien avant de pouvoir utiliser les dispositifs sociolinguistiques appropriés dans une communauté culturelle donnée.

Établir et maintenir les sujets de conversation

Pour assurer une communication efficace, les protagonistes d'une interaction verbale doivent comprendre le contenu des énoncés

et contrôler de façon continue les sujets de conversation. Toute interaction linguistique évoluée nécessite une organisation interactive, qui fait souvent défaut au jeune enfant. Elle requiert, en effet, un certain niveau de développement cognitif (maintien en mémoire de la conversation, maîtrise des notions, objets, entités et événements en question, capacité à se décentrer afin d'appréhender les connaissances du locuteur quant aux questions traitées).

À partir de 5-7 ans, l'enfant peut produire un discours rapporté, sans lien avec sa propre expérience. Cette dernière tâche est très complexe puisqu'il raconte des événements qui ne figurent pas dans la réalité. Il doit faire preuve d'abstraction afin d'organiser et de planifier les éléments de l'histoire. L'enfant doit donner toutes les informations qui n'appartiennent pas à la réalité extralinguistique, mais qui sont nécessaires à son interlocuteur pour situer l'action, les référents et les éléments spatiotemporels de la situation narrative.

Évaluation de la compréhension des messages échangés

Les locuteurs doivent s'assurer que leurs énoncés sont compris par les interlocuteurs, ce qui requiert de bien interpréter leurs réactions verbales et non verbales (par exemple, les éventuels signes de confusion, d'incertitude, souvent manifestes au niveau des mimiques faciales) et de répondre aux demandes d'explication ou de précision. Ces aptitudes mettent plusieurs années à se stabiliser chez l'enfant pour être utilisées à bon escient dans les situations de communication.

À partir de 2 ans, l'enfant peut maintenir un thème dans une discussion, clarifier les conversations, adapter le type de discours en fonction de l'interlocuteur et commencer à utiliser les premières formes sociales du langage, c'est-à-dire les formules de politesse.

Il commence à percevoir la nécessité de tenir compte des besoins informatifs de son interlocuteur et assimile progressivement les moyens linguistiques adaptés au contexte pour se faire comprendre. Ainsi l'enfant a-t-il recours au pointage si l'interlocuteur partage la même réalité extralinguistique que lui. S'il ne peut plus s'y référer, il se sert du code oral, comme dans une situation de récit, par exemple.

Il développe parallèlement une conscience de la dimension sociale et adapte son discours au statut de son interlocuteur à savoir, son âge et son degré de familiarité [20].

À 7 ans, l'enfant commence à comprendre des *mécanismes inférentiels* – les implications de règles de coopération conversationnelle. Selon le modèle inférentiel de Grice, communiquer revient à « produire et interpréter des indices dans un contexte donné ». L'interlocuteur doit donc faire une présupposition efficace pour saisir les intentions du locuteur. La valeur du code utilisé dépend du contexte dans lequel il est produit. Ainsi Grice met-il en évidence quatre maximes pour définir le « terrain commun » qui permet de mener à bien une conversation. Ces maximes ne constituent pas des règles normatives, mais permettent à l'interlocuteur de produire certaines inférences s'il part du postulat que les locuteurs respectent ces règles :

- la maxime de quantité : l'énonciation doit contenir suffisamment d'informations pour permettre à l'interlocuteur de satisfaire le contenu propositionnel de l'acte de langage, mais ne doit pas excéder une certaine limite ;

- la maxime de qualité : affirmer que ce que l'on croit est vrai et se donner les moyens de donner les preuves de la vérité du contenu propositionnel ;

- la maxime de relation : il s'agit de « parler à propos », c'est-à-dire d'évoquer les éléments en rapport avec le thème traité ;

- la maxime de modalité : le locuteur doit être le plus clair possible et éviter de s'exprimer avec ambiguïté.

Le locuteur peut parfois contrarier l'une de ces maximes et produire un acte d'énonciation qui est intentionnellement biaisé. Le mensonge, par exemple, représente la déviance d'un acte illocutoire produite sciemment par le locuteur qui ne respecte pas la maxime de qualité. L'acte d'énonciation inverse au mensonge est la promesse. En effet, contrairement au mensonge, la satisfaction d'un tel acte de langage implique le respect des conditions de sincérité puisque le locuteur s'engage à accomplir l'action.

Ajustement du discours à l'interlocuteur

Piaget avait affirmé que, avant d'avoir accès à l'opérativité concrète et à la décentration cognitive, les enfants ne pouvaient prendre en considération le point de vue et les connaissances de l'interlocuteur. Or, à la suite de Vygotski (pour lequel le langage est d'emblée social et donc fonctionnellement exocentrique), des travaux ont montré que, dès l'âge de 4 ans, les enfants s'adaptent au niveau linguistique de l'interlocuteur. Selon Vygotski, l'enfant chemine d'un langage socialisé à un langage intérieur qui contribue largement à organiser les principales fonctions mentales.

Shatz et Gelman [38] ont demandé à des enfants âgés de 4 ans d'expliquer le fonctionnement d'un jouet à un adulte et à un enfant de 2 ans. Les enfants emploient des phrases significativement plus courtes lorsqu'ils s'adressent aux interlocuteurs de 2 ans : sur le plan syntaxique, les constructions subordonnées et coordonnées complexes sont significativement moins fréquentes. Shatz et Gelman ont également enregistré des conversations spontanées entre des enfants de 4 ans et des adultes, des enfants de même âge et des enfants plus jeunes (âgés de 19 à 34 mois). La longueur et la complexité syntaxique des phrases employées par les enfants de 4 ans sont du même ordre lorsqu'ils s'adressent à des adultes ou à des enfants de leur âge, ce qui laisse penser qu'ils fonctionnent alors au maximum de leur capacité. Lorsqu'ils s'adressent aux enfants de 2 ans, ils produisent des phrases plus courtes et syntaxiquement plus simples. Ces constats, confirmés par d'autres études, montrent que les capacités adaptatives des jeunes enfants sont précoces [6].

Construire ce message exige une élaboration préalable aux éléments linguistiques émis. Le message préverbal suppose de sélectionner une ou plusieurs informations à communiquer, de les ordonner, de les mettre en rapport avec ce qui a été dit précédemment et parfois de tenir compte des interlocuteurs présents et de leurs caractéristiques. Ce travail en amont permet à la production linguistique d'être efficace : le locuteur transmet une information qui sera comprise de l'interlocuteur. Le locuteur doit rester vigilant pendant toute la transmission de son message en effectuant des *feedbacks* pour le comparer avec ses intentions et évaluer la pertinence de ses propos dans une situation donnée.

Les *intentions communicatives prélinguistiques* permettent le bon usage des données linguistiques. On distingue cinq critères pour comprendre l'intention communicative :

- l'anticipation de l'apparition d'une action ;
- la sélection des moyens appropriés pour atteindre un état final ;
- la direction constante du comportement ;
- l'arrêt du comportement avec l'atteinte de l'état final ;
- l'utilisation de moyens de substitution pour corriger une éventuelle déviation ou s'ajuster à la situation.

Le degré d'élaboration de l'expression dépend des moyens gestuels, paralinguistiques et linguistiques utilisés [7].

Autocorrections

On a repéré, chez l'enfant, dès 2 ou 3 ans, l'existence d'autocorrections à destination de l'interlocuteur, portant sur la phonétique, la morphologie lexicale, la syntaxe, la morphologie inflexionnelle, sans modification du sens des énoncés, et sur la signification lexicale ou relationnelle des énoncés. Les autocorrections phonétiques décroissent rapidement et deviennent rares au-delà de 6-7 ans. Les autocorrections morphologiques restent constantes pendant les années préscolaires. Les autocorrections lexicales et syntaxiques augmentent notablement avec l'âge. Elles indiquent que l'enfant est capable d'évaluer la qualité, la correction, le caractère informatif du message qu'il énonce et d'améliorer le message. L'enfant prend conscience du fossé qui existe entre ses propres productions et celles que les adultes formulent.

Les autocorrections surviennent généralement lors de phénomènes de « pannes conversationnelles ». Par exemple, lorsqu'il y a chevauchement des discours, à savoir dysfonctionnement dans la régulation des tours de parole entre les deux interlocuteurs, l'un ou l'autre aura tendance à rétablir l'équilibre discursif par autocorrection. Ce type de mécanismes a fait l'objet de plusieurs travaux. Ainsi Fujiki et al. [17] analysent-ils les chevauchements en position initiale (les interlocuteurs commencent à parler en même temps) et internes (l'un des interlocuteurs a déjà commencé à parler quand l'interlocuteur initie un tour), chez trente enfants de 9 ans présentant un trouble linguistique développemental. Les résultats obtenus montrent que la proportion des chevauchements dans la conversation ne diffère pas significativement d'un groupe à l'autre (5 à 7 p. 100 pour les chevauchements initiaux et 4 p. 100 pour les chevauchements internes). Tous les enfants réagissent à la même fréquence aux chevauchements initiaux. Cependant, pour les chevauchements internes, les enfants présentant un trouble du langage développemental produisent moins de réparations.

Pertinence pragmatique

Les règles de communication sont maîtrisées vers l'âge de 9 ans environ et permettent l'accès à la pertinence pragmatique. Distinguons ici la compétence pragmatique de la pertinence pragmatique. La *compétence pragmatique* qui se définit comme « la capacité d'un individu à effectuer des choix contextuels appropriés de contenu, de forme et de fonction, implique à la fois la maîtrise d'habiletés spécifiques (par exemple, gérer l'alternance des rôles, initier un thème ou négocier un changement de thème,

etc.) et la maîtrise d'habiletés cognitives générales (par exemple, habiletés relatives au traitement de l'information en général, et au calcul d'inférences en particulier, etc.) », tandis que la *pertinence pragmatique* concerne la bonne adéquation des mots aux choses dans le monde, c'est-à-dire la bonne utilisation des expressions linguistiques pour référencer des objets [20].

Inné et acquis : le langage entre cerveau, gènes et environnement

Le caractère inné ou acquis du langage est toujours l'objet de débats et de controverses. La position innéiste et nativiste, représentée par Chomsky et Pinker, postule que la nature a génétiquement équipé l'être humain des connaissances formelles nécessaires à l'acquisition du langage. Rondal conteste que les caractéristiques structurelles des langues soient de purs produits génétiques [36]. Comme le montrent les pathologies, le développement langagier est compromis si le système nerveux dysfonctionne, particulièrement dans les aires cérébrales langagières comme les territoires périsylvians de l'hémisphère gauche [9]. Des dispositifs cérébraux innés sous-tendent les capacités et mécanismes, en partie cognitifs, intervenant dans le développement et le fonctionnement langagiers.

Le langage ne peut se concevoir en dehors de l'environnement et de la neurophysiologie. La question est de savoir ce qui, dans le développement langagier, représente l'actualisation de dispositions et de programmations innées (caractéristiques de l'espèce) et ce que l'enfant acquiert à partir des données environnementales dont il dispose.

En contradiction avec la thèse chomskyenne, Rondal [36, 37] postule que la base du langage est sémantique : la syntaxe n'est qu'un instrument au service de la signification et de la communication, et non l'inverse. L'enfant construit la base cognitive/sémantique de son protolangage avant d'établir les formulations séquentielles canoniques dans la langue de sa communauté.

Trois éléments interviennent : les *structures cérébrales spécialisées* (qui n'« inventent » pas le langage mais le rendent possible), les *asises cognitives* et les *interactions*. Le cerveau humain crée la fonction langagière et permet l'organisation de structures pour l'apprentissage des langues. Il présente des dispositions génétiques qui le différencient de celui des autres espèces animales. Cependant, ce code génétique ne contient pas de représentations ou préformations linguistiques. Le langage n'est ni pur produit de l'éducation socio-environnementale, ni pure résultante des gènes. Le développement du langage résulte de la rencontre entre un input langagier adapté (phénomène culturel) et un phénomène biologique, la capacité constructive particulière du cerveau humain [36].

Interactions verbales adulte/enfant et construction du langage

Le langage adressé par les adultes aux jeunes enfants est parfaitement grammatical. Ses caractéristiques montrent que les adultes sont sensibles à l'évolution communicative et linguistique des enfants.

La plupart des recherches ont porté sur les interactions verbales entre mères et jeunes enfants. Elles montrent que le langage parental se modifie au fur et à mesure du développement linguistique de l'enfant. La simplicité des contenus sémantiques et des formes langagières cède le pas à une complexification graduelle des énoncés, indépendamment du sexe de l'enfant. Il semblerait toutefois que les mères parlent davantage à leurs filles qu'à leurs garçons, répètent plus les énoncés produits par leurs filles et produisent des énoncés plus longs lorsqu'elles s'adressent à leurs filles.

Divers travaux font état de différences sensibles dans les interactions verbales entre parents et enfants selon la classe sociale. Ainsi la fréquence des verbalisations maternelles adressées à l'enfant est-elle inférieure chez les mères de classe ouvrière qui tendent à utiliser significativement plus d'impératifs et de verbes modaux et moins de termes de désignation que les mères des classes moyenne et supérieure.

Cette adaptation du langage adulte (particulièrement parental) adressé à l'enfant semble exister dans toutes les cultures. Ainsi les interlocuteurs de l'enfant (adultes et pairs plus âgés) jouent-ils un rôle déterminant, d'ordre explicite ou implicite, dans le développement du langage.

Feedbacks adultes

Rondal [35] a étudié la nature des *feedbacks* entre adulte et enfant ainsi que leurs proportions. Il recense entre 15 et 20 p. 100 d'approbations, de désapprobations verbales et de corrections ponctuelles des énoncés enfantins (*feedbacks* directs ou explicites). Il relève par ailleurs entre 10 et 15 p. 100 d'expansions maternelles (*feedbacks* indirects ou implicites). Les deux types de *feedback* diminuent après 30 mois.

Les *feedbacks* parentaux explicites, relativement peu fréquents, ne semblent pas motivés par la correction grammaticale des énoncés enfantins. Ils sont davantage centrés sur la valeur de vérité et l'adéquation référentielle des énoncés, donc produits dans une perspective sémantique et pragmatique.

Rondal met en doute le fait que les *feedbacks* parentaux implicites (répétitions exactes d'énoncés enfantins grammaticalement bien formés ou requêtes de clarification d'énoncés grammaticalement mal formés) permettent à l'enfant une auto-évaluation grammaticale. Selon lui, l'input langagier du jeune enfant et les stratégies éducatives des parents ne sont pas porteurs de structuration grammaticale explicite. L'organisation grammaticale du langage n'est donc pas transférée de l'adulte à l'enfant via les interactions verbales adulte/enfant, mais est considérablement aidée par deux caractéristiques : la grammaticalité du discours adulte adressé à l'enfant et les simplifications formelles de l'input langagier évoluant parallèlement aux capacités linguistiques de l'enfant, qui doit élaborer seul un travail d'organisation.

Perception et action dans le langage

Le système auditif segmente le langage oral en phonèmes, qui ne constituent pas des unités acoustiques du langage. Ce système de décodage intervient au niveau syllabique [10] alors que la segmentation phonémique est liée au système articuloire. Sur le plan syllabique, les voyelles et les consonnes sont différentes. Les voyelles sont des sons périodiques, avec une durée perceptible et des formants bien distincts, qui peuvent être perçus comme des

unités acoustiques. Les consonnes, qui sont peu périodiques avec des formants moins identifiables, ne sont pas des unités acoustiques mais des unités abstraites qui peuvent être décrites seulement en termes de lieux articuloires [26].

Les capacités acoustiques et articuloires se développent en parallèle [10]. Les enfants expérimentent progressivement les compétences articuloires complexes nécessaires à la production syllabique. La *représentation syllabique acoustique* et la *représentation phonémique articulée* interagissent, donnant un cadre sensorimoteur au développement du langage. Ces deux systèmes sous-tendant le traitement phonologique ont des corrélats cérébraux différents. La représentation syllabique active le gyrus médian frontal gauche tandis que la représentation phonémique active le gyrus inférieur frontal gauche. Selon la *théorie motrice de la parole* [26], les objets perçus de la parole ne se situent pas dans la surface acoustique, mais dans les processus moteurs sous-jacents. La connaissance qu'a le locuteur du système de production est enclavée dans le système de perception auditive. Les représentations motrices de la parole permettent aux locuteurs et aux auditeurs de communiquer efficacement. Des travaux en imagerie cérébrale ont montré que l'aire de Broca était active durant des tâches d'analyse phonologique ne requérant ni une réponse articuloire, ni un traitement sémantique de mots ou de textes. L'activation de la zone de Broca suggère que la représentation motrice et articuloire est impliquée dans le traitement auditif de la parole. L'activation des mêmes aires motrices par la production et l'audition de syllabes suggère fortement que les gestes articuloires constituent des systèmes de représentations partagés par la perception et la production [42].

La théorie motrice de la parole est confirmée par les travaux sur les *neurones miroirs* [3] qui ont montré que les mêmes aires corticales prémotrices étaient activées chez le singe durant l'action motrice et l'observation visuelle ou auditive de l'action (voir un congénère briser une cacahuète ou entendre le son du bris de cacahuètes). Le même processus a été observé chez l'homme, suggérant que le système de neurones miroirs est activé durant l'exécution et l'observation d'activités variées, notamment les activités langagières [21]. Le réseau langagier incluant les aires de Broca et de Wernicke comporte des neurones activés par les mouvements faciaux et corporels, mais aussi des aires motrices qui sont activées durant la perception de la parole sans production [14]. En ce sens, le rôle fondamental de l'interaction dans le développement du langage est confirmé par la théorie des neurones miroirs.

Compétences cognitives et développement du langage

Interaction langage/cognition

Les opérations linguistiques impliquées dans la compréhension et la production des énoncés participent pleinement à l'activité intellectuelle globale et sous-tendent, en partie, le niveau cognitif de l'enfant, comme le montrent les recherches concernant les sujets retardés mentaux sévères, chez lesquels le langage est souvent absent. Selon Rondal [34], le taux de corrélation entre l'efficacité cognitive et le niveau verbal dans un groupe de sujets retardés mentaux âgés de 9 à 16 ans est d'un ordre très élevé (0,75).

L'association entre le langage et le fonctionnement intellectuel n'exclut cependant pas que le langage puisse contribuer à la structuration de la pensée et du fonctionnement cognitif ou qu'il existe une dissociation entre langage et niveau cognitif.

Certains sujets retardés mentaux modérés ou sévères (atteints de diverses pathologies comme le syndrome de Down, le syndrome de Williams ou l'hydrocéphalie) présentent ainsi des capacités linguistiques bien supérieures à leur niveau cognitif. Ces cas démontrent que l'organisation phonologique et grammaticale du langage n'est pas étroitement liée au (ou étroitement tributaire du) développement cognitif général ou opératoire.

Modularité du langage ?

Si diverses composantes structurales du langage entretiennent des relations contrastées avec les autres systèmes cognitifs, la question de la modularité du langage se pose. Selon cette théorie, formalisée notamment par Fodor ou Chomsky, le fonctionnement cognitif met en jeu trois systèmes : les *analyseurs sensoriels* (spécifiques aux modalités), les *systèmes d'input* ou modules (dont le langage) et les *processus centraux*, holistiques, inaccessibles à la connaissance scientifique. Le langage serait un système d'input encapsulé, autonome, à fonctionnement obligatoire, dont le traitement serait limité aux données de bas niveau des analyseurs sensoriels et des informations stockées dans le module lui-même (qui seraient soit disponibles de façon innée, soit apportées par le système).

Dans le développement normal, l'encapsulation se dissoudrait graduellement au profit de l'intégration d'informations provenant de diverses sources (y compris culturelles), donc des interactions entre modules. Cette encapsulation serait visible dans certaines pathologies cérébrales, ce qui permettrait de révéler la structure propre des modules originaux avant qu'ils ne développent leur réseau d'interactions [37]. Les pathologies démontreraient que les composants du système langagier (phonologie, sémantique, morphosyntaxe, pragmatique) correspondent à des entités largement autonomes. Cependant, l'hypothèse de composants autonomes du langage n'implique pas que ces dispositifs et leurs substrats neurologiques soient innés. Même si l'on admet une esquisse de modularité, on ne peut sous-estimer le rôle de la pratique et de l'expérience, ce dont rend compte le concept de *modularité relative* proposé par Karmiloff-Smith [23].

Langage et symbolique

Les enfants disposent de connaissances – naturelles et apprises – sur le découpage du monde ; ils forment des catégories à partir du réel, bien avant d'apprendre les signaux linguistiques qui leur correspondent. Ainsi l'enfant comprend-il qu'il existe un mot pour chaque chose et que donner un nom à un ensemble de parties physiques garantit l'unité de ces parties (principe de catégorisation cher à Piaget).

Les expériences montrent que, dès 3 mois et demi, le nourrisson conçoit que l'objet est soumis à des principes de continuité et de solidité dans l'espace. Il assigne des propriétés aux objets dans un espace tridimensionnel : un objet solide ne peut traverser un autre objet solide, un objet ne peut rester stable sans support [39]. La distinction entre chose vivante et non vivante témoigne également d'une aptitude très précoce.

Chaque enfant associe progressivement les formes acoustiques de sa langue, telles qu'elles sont « découpées », avec des actions, des événements et des objets.

Du fait des contraintes ontologiques, des « savoirs » précoces qu'il possède sur le monde, l'enfant ne peut émettre qu'un nombre limité d'hypothèses sur le sens des mots. Le mot « chien » s'applique à quelque chose qui bouge, qui a quatre pattes, une queue, etc. Certaines généralisations (« chien » désignant tout animal à quatre pattes) ou réductions (« chien » désignant un animal particulier) dans l'emploi du mot restent possibles et relativement fréquentes. Plus tard, les enfants apprennent qu'une chose peut avoir plusieurs noms (« chien », « Médor », « animal »). La concordance d'indices extérieurs avec des indices linguistiques (prosodiques, phonétiques, syntaxiques et sémantiques) et des réactions des adultes permet à l'enfant de lier les mots aux choses, aux actions et aux sentiments.

Le développement lexical signe l'entrée dans le symbolique. L'enfant apprend à associer un signifiant à un signifié, afin de désigner de façon stable une classe de référents. Les noms dits propres (de personnes, de lieux) ne renvoient pas à une classe de référents comme les noms communs, mais à un référent unique. L'enfant appréhende l'association qui fonde les signes et les symboles en même temps qu'il développe des activités et des jeux symboliques. Piaget a ainsi décrit comment l'une de ses filles ouvrait et fermait les doigts de sa main pour représenter sa propre activité avec une boîte d'allumettes lorsqu'il fumait sa pipe. Il a fait l'hypothèse que l'accès au symbolisme, la construction des signes langagiers, les jeux symboliques et les représentations mentales procèdent de la même capacité à représenter le réel et à agir indirectement sur lui.

Organisation lexicale en mémoire

À 8 mois, les enfants reconnaissent des formes phonétiques avec lesquelles ils ont été familiarisés, sans nécessairement les relier à une signification (si on leur raconte une histoire comportant plusieurs fois le mot « parc », ils la préfèrent à celle qui ne le contient pas). Ils les mémorisent, même si elles sont prononcées par un autre locuteur, à condition qu'aucun segment ne soit changé. Cette mémorisation est durable. Les mots mémorisés sont codés en mémoire sous une forme détaillée et ils ne sont reconnus que s'ils correspondent exactement à cette forme.

Les enfants comprennent des mots vers 9 mois : ils identifient des formes sonores stockées en mémoire et associées à des contextes. À partir de 9 mois l'enfant devient attentif au sens ; il cherche à mémoriser et à représenter les formes auxquelles il peut attribuer une signification.

Les enfants de 10 mois et demi à 11 mois ont une nette préférence pour l'écoute de mots familiers ; ils sont capables de les extraire et de les coder dans l'environnement linguistique quotidien. Une forme de représentation à long terme se construit donc, constituant la base du premier répertoire de l'enfant.

La représentation d'un mot émerge des traces mnésiques créées par les diverses perceptions acoustiques de ce mot. La forme qui s'établit progressivement dans le lexique est nécessairement plus abstraite que les différentes traces isolées puisqu'elle doit, à terme, correspondre à chacune d'elles. Ainsi, pour tester la forme d'encodage des mots connus dans le premier lexique de réception, fallait-il d'abord vérifier que la reconnaissance des mots résistait à la modification d'un segment. On a donc fait entendre les mots

« biberon » et « piberon » à des enfants de 10-11 mois, qui ont été plus intéressés par ces mots que par les mots rares et qu'ils semblaient ne pas différencier, malgré leur contraste phonémique initial. La représentation des mots n'est donc pas assez spécifiée dans la mémoire de l'enfant pour qu'un changement de trait sur la première consonne empêche leur reconnaissance. Cela tend à montrer que la représentation perceptive des mots dans le premier répertoire de l'enfant ne spécifie pas une séquence de phonèmes mais des unités plus globales, moins analysées.

Ces unités dépendent de la structure de la langue. En français, la syllabe joue un rôle fondamental dans la structuration des mots. Si l'on supprime la première consonne d'une syllabe consonne/voyelle, les enfants ne marquent plus de préférence pour les mots familiers. Il semble qu'ils se représentent les premières syllabes des mots sous une forme consonne/voyelle sans en coder précisément la consonne. Jusqu'à 20 mois les enfants distinguent mal « boire/poire ». Leurs capacités se réorganisent donc lorsque entrent en jeu des invariants plus complexes, ici le lien entre le son et le sens. Pour comprendre et parler, l'enfant abandonne une représentation des unités sonores trop fournie et non organisée.

L'enfant doit stocker les mots en mémoire sémantique afin de pouvoir les retrouver aisément et rapidement. Outre l'organisation catégorielle déjà mentionnée, on peut citer les dispositifs prototypes et hiérarchiques.

Le *dispositif prototypique* définit le statut des éléments appartenant à une même catégorie, dont certains peuvent renforcer une catégorie ou la représenter. Par exemple, au sein de la catégorie des oiseaux, les aigles, les moineaux ou les pies, sont plus typiques que les poules ou les oies. Les prototypes sont une sorte de résumé de la catégorie.

La *hiérarchisation des concepts et items lexicaux* se fait du général (niveau supérieur) au particulier (niveau inférieur). On peut facilement imaginer trois niveaux inclusifs : un niveau supérieur (les animaux), un niveau moyen (le chien), un niveau inférieur (le caniche).

Les enfants acquièrent et mémorisent en premier lieu les termes des niveaux de base. Suivent les termes plus larges ou plus spécifiques. Ils apprennent « chien » avant « animal » et avant « caniche ». Les parents privilégient d'ailleurs l'usage des termes de base lorsqu'ils s'adressent aux jeunes enfants.

Rôle de la mémoire de travail

Le rôle de la mémoire, plus particulièrement de la mémoire de travail, est fondamental dans l'acquisition du langage. Le modèle de la mémoire de travail proposé par Baddeley postule l'existence de deux dispositifs spécialisés, l'un dans le *registre auditivo-verbal* (MT-AV), l'autre dans le *registre visuo-spatial* (MT-VS). Le chef d'orchestre de ces deux dispositifs est un mécanisme régulateur de nature attentionnelle, l'administrateur central. La mémoire de travail auditivo-verbale comprend le stock et la boucle phonologique, qui permettent de rafraîchir et de maintenir active l'information verbale en mémoire à court terme, permettant ensuite son transfert en mémoire à long terme. La mémoire de travail visuo-spatiale joue un rôle important dans le développement du langage, particulièrement pour le lexique réceptif et la compréhension du langage combinatoire.

Dans une étude sur le lexique, Gathercole et al. ont montré une corrélation entre la capacité à répéter correctement des non-mots

(mettant en jeu la boucle phonologique) et la richesse du vocabulaire réceptif chez les enfants et les adolescents [1]. Plus un mot nouveau est maintenu en mémoire de travail auditivo-verbale, plus il peut être retenu (transféré en mémoire à long terme). Rondal propose une hypothèse alternative : le développement phonologique et lexical du langage permet le développement de la boucle phonologique qui, lorsqu'elle a atteint un niveau d'organisation suffisant, favorise le développement lexical [24].

En ce qui concerne la compréhension, certains travaux [18] montrent que la mémoire de travail intervient dans la capacité des individus à maintenir momentanément actives plusieurs interprétations d'une ambiguïté lexicale lors d'une tâche de compréhension, en lecture par exemple. Les sujets ayant de bonnes capacités de mémoire de travail auditivo-verbale maintiennent plus longtemps les interprétations alternatives de l'ambiguïté avant de sélectionner une réponse.

En revanche, selon d'autres auteurs [19], la contribution du système de mémoire de travail auditivo-verbale à la compréhension des phrases serait d'environ trois mots. Les espaces de travail contenant les informations nécessaires au traitement sémantique et syntaxique des énoncés interviendraient dans la compréhension des phrases.

Structures cérébrales

Chez l'adulte, les aspects cognitifs du langage sont représentés dans l'hémisphère gauche du cortex cérébral, le long de la scissure de Sylvius, au niveau de l'aire de Broca et de l'aire de Wernicke. Fondamentalement, l'hémisphère gauche intervient dans le traitement rapide de l'information acoustique et des sons de la parole. L'hémisphère droit a en charge la perception des événements acoustiques répartis sur une longue durée et contrôle la prosodie.

L'imagerie cérébrale apporte des informations supplémentaires : les fonctions fondamentales sont localisées de façon plus variable qu'on ne le pensait et paraissent sensibles aux variations interindividuelles. Les fonctions plus élaborées s'appuient sur des interconnexions de plusieurs régions du cerveau. À la latéralisation gauche des aires du traitement du langage correspondent des asymétries anatomiques et histologiques. Le planum temporel (situé dans l'aire de Wernicke), dont le rôle est primordial dans la compréhension du langage, est plus important à gauche qu'à droite chez 65 p. 100 des individus.

Qu'en est-il chez le bébé ? Lenneberg [25] avançait l'hypothèse d'une équipementé fonctionnelle des deux hémisphères dans les deux premières années, fondée sur le constat d'une récupération du langage chez des enfants privés d'hémisphère gauche ou porteurs de lésions gauche, lorsque l'accident ou l'opération s'étaient produits à un âge précoce. Cependant, la plasticité cérébrale, importante chez le jeune enfant, ne signifie pas obligatoirement l'existence d'une équipementé des deux hémisphères. Notons qu'in utero et à la naissance, la maturation de l'hémisphère droit est plus rapide que celle de l'hémisphère gauche.

Les techniques d'écoute dichotique couplées à la succion non nutritive mettent en évidence des indices d'une latéralisation fonctionnelle précoce, l'hémisphère gauche répondant mieux à la discrimination des sons de parole, et l'hémisphère droit à ceux des sons musicaux. Les études recourant à la neuro-imagerie indiquent que, dès 3 mois, le langage active des régions de l'hémisphère gauche – les gyri temporaux supérieur et angulaire – similaires

à celles qui sont activées chez l'adulte ainsi que de l'hémisphère droit (cortex préfrontal) [8].

Comme nous l'avons développé précédemment, du fait de la précocité maturative du système auditif, le nouveau-né traite les éléments prosodiques du langage, identifie la voix de la mère et les caractéristiques de la langue maternelle, discrimine des syllabes. Certaines structures cérébrales (de l'hémisphère gauche ou des deux hémisphères cérébraux pendant les premiers mois ou les premières années de l'existence) peuvent analyser le langage selon certaines régularités linéaires. Le cerveau dispose donc de mécanismes lui permettant de discriminer et de produire les phonèmes, de reconnaître et d'assembler les constituants des lexèmes, de segmenter et d'organiser les constituants syntagmatiques des phrases et de marquer la morphologie. Ces mécanismes s'activent dès qu'un input langagier se présente.

Existe-t-il en la matière des périodes critiques, comme l'avait affirmé Lenneberg [25] ? Cela semble envisageable pour les aspects phonologiques et morphosyntaxiques du langage [24], mais non pour les aspects sémantiques.

Le cerveau, structure hautement interconnectée et éminemment plastique, obéit à des contraintes architecturales particulières (dispositions anatomiques cérébrales, neurotransmetteurs, nombre de couches neuronales, densité neuronale, circuit cortical de base, connexions entre les diverses régions du cerveau, etc.) qui sont nécessaires à l'acquisition et au fonctionnement du langage, notamment de la phonologie et de la morphosyntaxe [25].

Le concept de plasticité cérébrale fait référence aux capacités de réorganisation neuronale qui peuvent intervenir dans le développement et le fonctionnement normal du système nerveux, mais également dans le cadre pathologique et/ou lésionnel cérébral. La notion de plasticité s'applique aux niveaux neurochimique, cellulaire et comportemental. Le cerveau est le siège de modifications structurelles (physiques et anatomiques, concernant le nombre de neurones et leurs connexions) et fonctionnelles (modification des transmissions interneuronales). Des réaménagements s'opèrent tout au long de la vie. Les circuits neuronaux sont en permanence remodelés par l'expérience, ce qui se traduit par une adaptation aux modifications de l'environnement, la possibilité de nouveaux apprentissages ou une amélioration des performances sous l'effet de l'entraînement et/ou des rééducations et remédiations. Cette faculté auto-adaptative du cerveau permet d'expliquer le développement des capacités cognitives dans l'enfance. La masse du cerveau à la naissance, constitué de son capital neuronal, est 4 fois inférieure à celle du cerveau adulte. Le cerveau grossit à mesure que de nouvelles connexions s'établissent (sous l'effet de l'expérience) et que les fibres s'entourent de myéline, permettant d'augmenter leur rapidité de conduction, jusqu'à environ 25 ans. La plasticité explique également l'absence de troubles du langage chez des enfants qui ont subi l'ablation de l'hémisphère gauche (en raison d'épilepsies graves, par exemple), l'absence de troubles cognitifs après une lésion hémisphérique droite étendue survenue dans l'enfance [11] ou la récupération neurologique (partielle le plus souvent) des séquelles de traumatismes crâniens graves et d'accidents vasculaires (par exemple, aphasies rééduquées). Comme les fonctions mentales supérieures sont constituées de sous-fonctions distribuées et traitées en parallèle dans différentes parties d'un réseau, la lésion d'une chaîne linéaire ne suffirait pas à faire disparaître la fonction, le réseau neuronal pouvant se réaménager et pallier le manque d'informations par des stratégies de compensation.

La plasticité cérébrale, d'autant plus importante que l'enfant est jeune, trouve pourtant ses limites. En effet, les enfants victimes d'un accident cérébral précoce, anté- ou périnatal (par exemple, méningo-encéphalites, traumas crâniens, hémiplegies cérébrales infantiles, infirmité motrice cérébrale) gardent des séquelles neurologiques notables et définitives (motrices et/ou cognitives). Cela démontre la vulnérabilité cérébrale à un stade précoce. Un autre exemple illustrant les limites de la plasticité cérébrale est le syndrome de Landau-Kleffner (épilepsie survenant vers 4-5 ans) caractérisé par une agnosie auditive brutale et une altération sévère des capacités langagières. Une fois le diagnostic posé et le traitement médicamenteux mis en place, l'enfant recouvre peu à peu les capacités langagières (grâce à une prise en charge orthophonique). En revanche, on observe des séquelles durables, sur la mémoire de travail auditivoverbale [13]. Cela pose la question des périodes critiques de la plasticité cérébrale. Par exemple, la privation, chez le chaton, de certaines expériences visuelles initiales (la vision verticale) conduit à un déficit définitif dans ce domaine, même si l'animal est ensuite exposé aux verticales. Ces arguments amènent les cliniciens à proposer précocement des implants cochléaires en cas de surdité congénitale, afin de stimuler le plus tôt possible le cortex auditif. Cela dit, de nombreux exemples cliniques indiquent que les périodes critiques ne concernent pas tous les domaines du développement. On a constaté que certains apprentissages et acquisitions de différentes notions sont possibles chez l'enfant bien au-delà des délais que l'on supposait fixes. De même, on a pu montrer que la plasticité cérébrale existe chez l'adulte (normal ou cérébrolésé) et qu'elle n'est pas une caractéristique de la première enfance [12].

Conclusion

Nous avons tenté de développer dans ce chapitre une approche intégrative du langage oral, chez l'enfant, dans une perspective pluridisciplinaire respectant les différents registres impliqués dans ce développement à partir de cette « protoconnaissance » langagière qui accompagne l'enfant dès le début de sa vie. Méthodologiquement, nous avons esquissé ce développement en évoquant, dans un premier temps, les registres de la réception et ceux de la production, dont on sait qu'ils n'évoluent pas de façon synchrone, et en déclinant dans un second temps les différents registres qui sont ceux du langage, en insistant sur celui de la sémantique qui traverse les différents autres. Cette sémantique constitue l'axe majeur sur lequel s'appuient les principales fonctions du langage : expression et communication.

BIBLIOGRAPHIE

1. BADDELEY A. Working memory. Oxford, Oxford University Press, 1986, 230 pages.
2. BARON-COHEN S, LESLIE A, FRITH U. Does the autistic child have "a theory of mind" ? *Cognition*, 1985, 21 : 37-46.
3. BASSANO D. Emergence et développement du langage : enjeux et apports des nouvelles approches fonctionnalistes. In : E Demont, MN Metz-Lutz. L'acquisition du langage et ses troubles. Marseille, Solal, 2007 : 13-46.
4. BATES E, MARCHMAN V, THAL D et al. Developmental and stylistic variation in the composition of early vocabulary. *J Child Language*, 1994, 21 : 85-123.
5. BATTAGLIA D, VEGGIOTTI P, LETTORI D et al. Functional hemispherectomy in children with epilepsy and CSWS due to unilateral

- early brain injury including thalamus : sudden recovery of CSWS. *Epilepsy Res*, 2009, 87 : 290-298.
6. BEAUDICHON J, SIGURDSON T, TRELLES C. Étude chez l'enfant de l'adaptation verbale à l'interlocuteur lors de la communication. *Psychologie française*, 1978, 23 : 213-220.
7. BERNICOT J. Les actes de langage chez l'enfant. Paris, *Psychologie d'aujourd'hui*, 1992.
8. BUTTERWORTH B, SHALLICE T, WATSON F. Short-term retention without short-term memory. In : G Vallar, T Shallice. *Neuropsychological impairment of short-term memory*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990 : 187-213.
9. DAMASIO H, DAMASIO A. Lesion analysis in neuropsychology. New York, Oxford University Press, 1989, 240 pages.
10. DE BOYSSON-BARDIES B. Comment la parole vient aux enfants. Paris, Odile Jacob, 1996.
11. DEHAENE-LAMBERT G, DEHAENE S, HERTZ-PANIER A. Functional neuroimaging of speech perception in infants. *Science*, 2002, 298 : 2013-2015.
12. DELGADO-GARCIA JM, GRUART A. Neural plasticity and regeneration : myths and expectations. In : T Herdegen, A Gruart. *Brain damage and repair. From molecular research to clinical therapy*. Netherlands, Springer, 2004 : 259-273.
13. ELMAN J, BATES E, JOHNSON M et al. Rethinking innateness : a connectionist perspective on development. Cambridge, MIT Press, 1997, 447 pages.
14. FADIGA L, BUCCINO G, RIZZOLATTI G. Speech listening specially modulates the excitability of tongue muscles : a TMS study. *Eur J Neurosci*, 2002, 15 : 399-402.
15. FAYOL M. Le récit et sa construction : une approche de psychologie cognitive. Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1994, 159 pages.
16. FRANÇOIS F, HUDELOT C, SABAUD-JOUANNET E. Conduites linguistiques chez le jeune enfant. Paris, PUF, 1984, 227 pages.
17. FUJIKI M, DE WECK G, ROSAT MC. Troubles dysphasiques, comment raconter, relater, faire agir à l'âge préscolaire. Paris, Masson, 2003, 232 pages.
18. GATHERCOLE S, BADDELEY A. Working memory and language. Hillsdale, Erlbaum, 1993.
19. GATHERCOLE S, WILLIS C, EMSLIE H, BADDELEY K. Phonological memory and vocabulary development during the early school years. A longitudinal study. *Dev Psychol*, 1992, 28 : 887-898.
20. HUPET M. Pragmatic et pathologie du langage. In : JL Nespoulos, M Leclercq. *Linguistique et neuropsycholinguistique : tendances actuelles*. Paris, Société de neuropsychologie de langue française, 1990 : 83-97.
21. IACOBINI M, MOLNAR-SKAZAS I, GALLESE V et al. Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *Plos Biol*, 2005, 3 : 3-9.
22. KAIL M. La corréférence des pronoms : pertinence de la stratégie des fonctions parallèles. In : JP Bronckart, M Kail, G Noizet. *Psycholinguistique de l'enfant. Recherches sur l'acquisition du langage*. Paris, Delachaux & Niestlé, 1983 : 107-122.
23. KARMILOFF-SMITH A. Beyond modularity : a developmental perspective on cognitive science. Cambridge, MIT Press, 1995, 256 pages.
24. LECANUET JP, GRANIER-DEFERRE C. Speech stimuli in the fetal environment. In : B de Boysson-Bardies, S de Schonen, P Jusczyk. *Developmental neurocognition : speech and face processing in the first year of life*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1993.
25. LENNEBERG E. Biological foundations of language. New York, Wiley, 1967, 489 pages.
26. LIBERMAN AM, MATTINGLY IG. The motor theory of speech perception revised. *Cognition*, 1985, 21 : 1-36.
27. MIYAKE A, JUST M, CARPENTER P. Working memory constraints on the resolution of lexical ambiguity : maintaining multiple interpretations in neutral contexts. *Journal of Memory and Language*, 1994, 33 : 175-202.
28. NELSON K. Structure and strategy in learning to talk. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1973, 38 : 149.
29. PINKER S. The language instinct. New York, Norton, 1994.
30. PLAZA M. Les troubles de langage de l'enfant. Hypothèses étiologiques spécifiques, perspective intégrative. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004, 52 : 460-466.
31. PLAZA M. Troubles de la parole, de la communication et du langage dans les épilepsies et syndrome de Landau-Kleffner. In : J Jambaqué. *Épilepsies de l'enfant : troubles du développement cognitif et socio-émotionnel*. Paris, Solal, 2008, 212 pages.
32. PLAZA M, GATIGNOL P, LEROY M, DUFFAU H. Speaking without Broca's area after tumor resection. *Neurocase*, 2009, 9 : 1-17.
33. RIZZOLATTI G, CRAIGHERO L. The mirror-neuron system. *Neuroscience*, 2004, 27 : 169-192.
34. RONDAL JA. Langage et communication chez les handicapés mentaux. Bruxelles, Mardaga, 1986, 316 pages.
35. RONDAL JA. Indications positives et négatives dans l'acquisition des aspects grammaticaux de la langue maternelle. *Eur Bull Cogn Psychol*, 1988, 8 : 383-398.
36. RONDAL JA. Le langage : de l'animal aux origines du langage humain. Liège, Mardaga, 2000, 208 pages.
37. RONDAL JA. Expliquer l'acquisition du langage. Liège, Mardaga, 2006, 234 pages.
38. SHATZ M, GELMAN R. The development of communication skills : modification in the speech of young children as a function of listener. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1973, 38.
39. SPELKE ES. Physical knowledge in infancy : reflections on Piaget's theory. In : S Carey, R Gelman. *The epigenesis of mind*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum, 1991 : 133-169.
40. TROGNON A, GHIGLIONE R. Où va la pragmatique ? De la pragmatique à la psychologie sociale. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 1993, 229 pages.
41. VARELA F. Metaphor to mechanism : natural to disciplined. *J Consc Studies*, 1997, 4 : 344-346.
42. VIGNEAU M, BEAUCOUSIN V, HERVÉ PY et al. Meta-analyzing left hemisphere language and areas : phonology, semantics and sentence processing. *NeuroImage*, 2005, 34 : 784-800.
43. VYGOTSKI L. Thought and language (1934) Cambridge, MIT Press, 1992, 348 pages.

— 7

DÉVELOPPEMENT DE L'IDENTITÉ SEXUÉE À L'ADOLESCENCE

Colette CHILAND

Si l'existence de la puberté, phénomène physiologique, n'est pas contestée, on a pu défendre l'idée que l'adolescence est un phénomène social et n'existe pas dans toutes les cultures [15].

Dans notre culture, l'adolescence a pris une importance particulière parce que l'âge d'entrée dans la vie active, le travail, les responsabilités n'a cessé de reculer, même si l'on a avancé l'âge de la majorité. Une partie des caractéristiques de l'adolescence tient au contraste entre une dépendance économique, une absence d'autonomie, d'un côté, et un appétit de satisfaire tous ses désirs, de proclamer sa liberté de l'autre.

La puberté marque un tournant sans retour en arrière possible : il s'agit de quitter l'enfance, ce qui est généralement souhaité par le jeune, mais ce qui lui est aussi difficile à certains égards. Il faut renoncer à une vie totalement protégée, renoncer aux rêves qui s'expriment dans le roman familial : pouvoir être autre que l'on est, avec d'autres parents, donc avoir une autre identité. Il faut sortir d'une certaine androgynie de l'enfance. On peut dire que l'on entre dans l'adolescence avec la puberté, tout en sachant que l'âge de la puberté est variable, de même que les caractéristiques individuelles de l'adolescence. La sortie de l'adolescence est moins bien définie et répond plus à des critères psychologiques que biologiques : être devenu capable de s'assumer et de se soumettre aux réalités plus qu'aux idéaux. La définition de l'adulte par l'âge de la majorité est arbitraire et varie selon les temps et les sociétés. Être adulte, c'est être devenu celui sur qui les autres s'appuient ; en ce sens, certains ne deviendront jamais adultes... Entretemps, l'adolescent est confronté à toute une série de choix (politiques, religieux, professionnels, sexuels), et l'acceptation de son identité sexuée est présente dans tous les autres choix.

La puberté, c'est l'avènement d'un corps pleinement sexué [17] qui peut réaliser toutes les virtualités de la vie sexuelle, avoir des relations sexuelles et procréer. Elle est un passage difficile pour beaucoup d'adolescents, à plus forte raison pour celui qui a des troubles de l'identité sexuée.

Le corps a achevé sa différenciation sexuelle : on a devant soi un homme ou une femme, désormais capables d'avoir des relations sexuelles et de procréer. Mais ils ne sont pas encore reconnus comme adultes. Ce jeune homme, cette jeune fille qui peuvent devenir père ou mère ont encore besoin de la protection de leurs parents, ce qu'ils ont du mal de s'avouer puisqu'ils sont ceux qui vont tout changer : la révolution que leurs parents n'ont pas su faire, eux ils vont la faire ; ils vont faire mieux que leurs parents et,

ce faisant, ils les poussent au tombeau, comme D.W. Winnicott [27] l'a bien exprimé, d'où la position difficile des parents de devoir « tenir bon ».

Terminologie

On aura remarqué l'emploi ci-dessus de deux adjectifs : *sexué* pour désigner la distinction entre deux sexes, l'identité d'homme ou de femme, *sexuel* pour parler de la conjonction entre les sexes, les relations de sexe, le choix d'objet.

Naguère, en français, on parlait d'« identité sexuelle ». Certains le font encore, mais ce n'est pas souhaitable. Identité sexuelle, *sexual identity*, est utilisée pour signifier le choix d'objet sexuel par ceux qui croient que l'orientation sexuelle constitue une identité : on serait homosexuel, hétérosexuel ou bisexuel comme on a les yeux bleus ou noirs, c'est biologique ; dès que l'on a eu le moindre fantasme homosexuel, à plus forte raison le moindre échange homosexuel, on est homosexuel. Pourtant les désirs et les conduites peuvent varier au cours de l'existence ; des adolescents font des expériences homosexuelles qui n'engagent pas nécessairement toute leur vie.

Dans une autre perspective, Monique Wittig [28] proclame qu'elle n'est pas une femme, mais une lesbienne : « Les lesbiennes ne sont pas des femmes. » Se reconnaître femme serait accepter d'entrer dans les catégorisations sociales oppressantes qui stigmatisent l'homosexualité.

D'autres considèrent que l'orientation sexuelle fait partie de l'identité. C'est la position de John Money dans la définition qu'il donne de la *gender identity*. C'est aussi celle de Richard Green [12] ; dans *The « Sissy Boy » Syndrome and the Development of Homosexuality*, il a montré que le devenir des garçons très féminins (ils ont des manières de fille, mais ne disent pas qu'ils sont des filles) se fait pour trois sur quatre d'entre eux vers l'homosexualité ou la bisexualité ; un seul sur quarante-quatre semble sur le chemin du transsexualisme.

En anglais, *gender identity* (« identité de genre ») s'est imposée pour caractériser le sentiment d'être homme ou femme ou androgyne. La notion de genre identitaire a été proposée en 1955 par Money [20-22] sous la forme de *gender roles* à partir du constat que des enfants avec une même condition biologique, où se combinaient

des caractéristiques mâles et femelles, se sentaient garçon/homme ou fille/femme en fonction du « sexe d'assignation », du sexe dans lequel leurs parents les avaient élevés, si les parents l'avaient fait avec « conviction » [23]. À partir de là, « sexe » s'est référé à la biologie, « genre » au vécu psychologique et à la catégorisation sociale.

Le terme de *gender* a remporté un grand succès, notamment dans les *women studies*, auprès des sociologues et des féministes. Il a connu une véritable inflation parce qu'il aidait à dénoncer l'arbitraire social dans la définition des différences entre les sexes et l'établissement des statuts de chaque sexe.

Mais la distinction entre sexe et genre perd tout son sens à partir du moment où l'on parle de « genre inné » comme Thomas Hammarberg, commissaire aux droits de l'homme auprès du Conseil de l'Europe [14], texte dépourvu de toute rigueur langagière, notamment dans la traduction en français de l'original anglais. Au moment où paraît ce traité, il faut parler de sexe biologique, de sexe psychologique et de sexe social pour être clair sur ce dont il s'agit et respecter la réalité biologique, à savoir que l'on ne peut changer que de sexe social et non de sexe biologique ; un travail sociétal considérable est à faire par chaque pays pour définir les caractéristiques, droits et devoirs attachés à ce qui est mentionné à l'état civil tantôt sous le nom de sexe, tantôt sous le nom de *gender*.

En anglais, la facilité avec laquelle on construit des mots composés a donné lieu à tout un vocabulaire intraduisible en français sans passer par des périphrases ou par le « français » : *gender role*, *cross-gender*, etc. Même « identité de genre » n'est compris que dans les milieux scientifiques spécialisés ou parmi les militants LGBTIQ (lesbiens, gays, bisexuels, trans, intersexes et *queer* [mot anglais qui signifiait « bizarre » et qui a été utilisé pour stigmatiser les homosexuels, puis repris avec fierté pour caractériser une identité indifférenciée, d'aucun sexe/genre, de l'un ou l'autre, ou des deux à la fois ; on pourrait dire que, être *queer*, c'est se débarrasser du genre vécu comme carcan]). Nous parlerons donc d'« identité sexuée » pour désigner le sentiment d'être un homme ou une femme ou un androgyne.

Identité sexuée et orientation sexuelle vont se consolider à l'adolescence, mais ne découlent pas inévitablement l'une de l'autre. Se sentir un homme n'entraîne pas que le désir soit « gynécophile », se sentir une femme que le désir soit « androphile ». Désirer une personne de son sexe n'entraîne pas le refus d'appartenir à son sexe. Nous avons tous rencontré des hommes homosexuels les uns tout à fait « virils », les autres « efféminés », des femmes homosexuelles les unes tout à fait « féminines », les autres masculines, *butch*. Être homosexuel, ce n'est pas se sentir un membre de l'autre sexe, c'est avoir un commerce sexuel avec un membre de son sexe. Un transsexuel ne reconnaît pas pour homosexuelle l'attraction qu'il a pour une personne de son sexe biologique puisqu'il ne se sent pas membre de ce sexe, mais membre de l'autre sexe : né homme biologique, il se sent femme et est androphile, ou née femme biologique, elle se sent homme et est gynécophile. Quoi de plus « normal » ?

Freud a soutenu que nous avions tous, au sein du complexe d'Œdipe complet, des vécus homosexuels, parce que nous avons aimé nos parents des deux sexes. Que l'homosexualité ou l'hétérosexualité l'emporte ensuite, il s'agit d'un parcours individuel à comprendre pour chacun de nous.

La puberté confirme le sujet dans son sexe. En découle généralement une satisfaction. La fille est contente que ses seins poussent, le garçon est content de sa voix qui mue, de ses poils qui poussent. Mais la survenue de ces caractères sexuels secondaires

peut être dramatique dans deux cas différents, l'intersexuation et le transsexualisme, qui ne se réduisent pas au malaise identitaire que peut éprouver tout adolescent devant les changements de son corps.

Malaise identitaire et changement de l'image de soi à l'adolescence

On pourrait considérer comme troubles de l'identité sexuée le malaise de l'adolescent devant l'image de son corps qui se transforme, malaise qui entraîne une gaucherie et des stardions devant le miroir. Mais ce malaise ne revêt pas le caractère de drame existentiel de ce que l'on décrit comme *gender identity disorders* : il s'agit alors d'un malaise intense, continu, persistant, qui rend la vie intolérable au sujet. Il ne s'agit pas non plus de l'incertitude sur leur identité que peuvent avoir des sujets porteurs d'atypies du développement du sexe (on les appelait naguère hermaphrodites, pseudo-hermaphrodites ou intersexués).

Il y a un trouble sérieux de l'image de soi dans l'anorexie mentale. Que recherche l'adolescente dans la minceur insensée (9 fois sur 10, il s'agit d'une adolescente et non d'un adolescent) : n'être pas femme, n'être pas adulte, être conforme aux modèles idéaux de notre culture, la ligne « haricot vert » de la danseuse et du mannequin, lesquels sont souvent anorexiques. Il arrive qu'une adolescente soit à la fois anorexique et transsexuelle, se croit grosse et se pense homme.

La comparaison avec l'autre, l'angoisse devant l'autre (devoir vivre avec un autre de l'autre sexe si radicalement différent de soi) engendrent un malaise, là encore différent de l'interrogation identitaire de l'intersexé ou du refus de son sexe du transsexuel : l'angoisse de castration ou l'envie du pénis se déroule sur fond de continuité identitaire ; on est un homme qui a peur de ne pas faire ses preuves comme homme (la panique saisit l'adolescent qui a une panne sexuelle) ou on est une femme qui, tout en continuant à être une femme, voudrait jouir des avantages divers réservés aux hommes (la condition de la femme s'est considérablement améliorée dans notre culture, même s'il faut continuer à se battre, mais il est encore des pays où c'est une malédiction de naître femme, si même on vous laisse naître). Le malaise se situe au sein d'une continuité de l'investissement narcissique de soi dans le sexe de naissance.

Construction de l'identité chez les intersexes

« Intersexualité », ou même « intersexuation » pour le dire mieux puisqu'il ne s'agit pas de la sexualité, et « intersexe » ne sont pas de bons termes, parce qu'ils sont imprécis et recouvrent des cas de figure différents. On a proposé en 2005 de les remplacer par *disorders of sex development* (« troubles du développement du sexe ») pour désigner toute atypie des organes génitaux internes ou externes, des gonades et des hormones [18]. Mais toute atypie n'entraîne pas une incertitude sur le sexe d'assignation. A. Fausto-Sterling [11], en étudiant la littérature, a totalisé ces atypies et en a trouvé un peu moins de 2 p. 100. Il y a une incertitude sur le sexe à assigner seulement dans un cas sur 4 500 naissances [16], ce qui donne en France environ 200 bébés par an, en se fondant sur un

peu plus de 800 000 naissances par an.

Il n'y a aujourd'hui plus de problème, quant à la décision d'assignation, dans des cas qui ont donné lieu à des difficultés comme l'hyperplasie congénitale des surrénales ; l'excès d'androgènes in utero a partiellement virilisé un bébé avec des chromosomes XX (clitoris hypertrophié pris pour une verge hypospade, grandes lèvres soudées). On dispose aujourd'hui de moyens permettant le dépistage de la maladie à la naissance (obligatoire en France depuis 1995) par dosage radio-immunologique des 17-cétostéroïdes urinaires sur le même papier buvard que pour les autres dépistages ; la maladie est particulièrement grave, comportant un risque léthal, dans les formes avec perte de sel. En outre, on peut maintenant établir le caryotype et l'on peut pratiquer une exploration non invasive de la cavité pelvienne par imagerie, qui montre alors un utérus et des ovaires, définissant qu'il s'agit d'une fille. Ces filles vont avoir plus de comportements « garçonniers » que les autres filles, et peut-être – mais c'est discuté – plus de choix d'objet gynécophiles, mais elles ne récusent qu'exceptionnellement leur identité de fille.

Il demeure des problèmes. Par exemple en cas d'insensibilité complète aux androgènes, le sujet XY secrète des androgènes, mais il n'a pas de récepteurs sensibles à leur action dans les organes cibles ; quand les organes génitaux externes sont parfaitement féminins, le diagnostic n'est fait à la naissance que s'il y a des cas familiaux permettant de suspecter l'insensibilité complète aux androgènes ; sinon, le sujet est élevé en fille et c'est à l'adolescence que l'absence de puberté (poils pubiens et axillaires, règles, poussée des seins) fait découvrir le problème. La révélation de son état à cette jeune fille, souvent fort belle, qui se vit avec une identité de fille, risque d'être traumatique ; dire aujourd'hui à une femme : « vous avez des chromosomes XY » est entendu par elle comme : « vous n'êtes pas une vraie femme, vous êtes un homme ». Dans une étude en cours [13] portant sur dix-sept personnes de caryotype XY élevées en femme, revues à l'âge adulte, les deux femmes allant le mieux n'avaient été diagnostiquées qu'à l'adolescence ; ni elles, ni personne dans leur entourage familial ou médical n'avaient su qu'il y avait une « atypie ». Les autres, avec une apparence tout à fait féminine, se sentent une identité de femme, mais ont des difficultés dans leur vie sexuelle : leurs partenaires vont-ils les considérer comme de « vraies femmes » ?

Il est généralement préconisé que ces bébés XY avec des organes génitaux externes complètement féminisés soient élevés en filles (pour les insensibilités partielles, le choix est difficile). On a longtemps pensé que si les parents avaient élevé avec conviction l'enfant dans le sexe d'assignation, tout se passait bien ; il semble que la réalité soit plus complexe. C'était la position de John Money, psychologue au Johns Hopkins Hospital de Baltimore, qui est à l'origine de l'utilisation du terme « genre » au sens identitaire à côté de son sens grammatical. Aujourd'hui, on le voue aux gémonies depuis le cas John-Joan (de son vrai nom David Reimer). En effet, Money avait conseillé d'élever en fille un garçon dont la verge avait été presque complètement détruite lors d'une circoncision pour phimosis au huitième mois ; il s'agissait d'un jumeau homozygote qui avait constamment sous les yeux son portait en garçon dans la personne de son frère ; Money avait écrit que tout se passait bien pour John devenu Joan, mais il n'a pas tenu compte de ce que la mère lui racontait : l'enfant n'avait jamais vraiment accepté son identité de fille qui lui avait été assignée à l'âge de 17 mois ; à l'adolescence, ses parents lui ont raconté la vérité de son histoire et il a demandé à être réassigné en homme, malgré l'ablation complète de sa verge et l'orchidectomie qui avaient été pratiquées après

l'accident du huitième mois. John Colapinto [7] raconte son histoire en 2000 dans *As nature made him, The boy who was raised as a girl* avec une *happy end* : il rencontre une femme qui a des enfants, il l'épouse et élève les enfants ; malheureusement, son frère se suicide en 2002, John divorce, puis se suicide en 2004. Il existe dans la littérature un cas, rapporté par Bradley et al. [2], d'ablation du pénis par accident chez un garçon mâle, sans incertitude ou atypie, élevé en fille ; l'issue a été meilleure. Bien sûr, on ne peut tirer de conclusion définitive de si peu de cas.

Cependant, l'apport clinique des premières publications de Money conserve sa valeur. Il a insisté sur l'importance de l'éducation, de la « conviction » des parents ; la conviction des parents ne peut plus être de même nature aujourd'hui qu'à l'époque de Money : il donnait de vagues indications sur un développement incomplet de l'enfant, on pense maintenant qu'il faut donner des informations précises aux parents, qui peuvent d'ailleurs avoir un accès au dossier médical ; la conviction des parents n'est plus : « c'est un garçon » ou « c'est une fille », mais : « il faut l'élever en garçon (ou en fille), les médecins nous l'ont dit ». Or, leur conviction personnelle devant une « ambiguïté génitale » très traumatique pour eux s'établit de manière complexe sur la base de leurs désirs, de leur culture, etc., comme le montre Anne-Marie Rajon [24, 25] dans ses travaux.

M. Diamond [10], dès 1965 et dans plusieurs publications depuis, n'a jamais accepté l'idée que des forces psychologiques pouvaient l'emporter sur les forces biologiques dans la construction du sentiment d'appartenance à un sexe, et il attache la plus grande importance aux hormones. Pourtant, d'une part, les constituants biologiques du sexe sont multiples et, d'autre part, les forces psychologiques jouent un rôle.

Money avait aussi préconisé que l'on intervienne précocement sur les organes génitaux atypiques pour les rendre conformes autant que possible au sexe d'assignation ; c'était favorable pour le sujet lui-même, pour le regard posé sur lui par ses pairs, pour les parents. Cette position est attaquée par des militants qui pensent que ces interventions (par exemple, la réduction du clitoris hypertrophié de la fille atteinte d'hyperplasie congénitale des surrénales) portent atteinte à la sensibilité érotique des organes génitaux. D'une manière générale, c'est au sujet lui-même, que doit revenir le choix du sexe d'assignation, disent-ils. Mais le sujet est un bébé... Les échanges entre militants et équipe médicale pourraient être positifs s'il s'agissait de chercher ensemble une amélioration des soins. Mais les militants se livrent à des excès de langage et appellent « bouchers » des médecins qui ont tenté de faire de leur mieux ; ils se refusent à considérer leur état comme une condition médicale ; ayant été élevés dans la honte et le secret, ils veulent restaurer leur estime de soi en proclamant leur « fierté hermaphrodite ». Faute d'étude systématique de suivi prospectif des cohortes, on ne sait pas quelle proportion représentent les mécontents.

Ce que les « intersexes » vivaient dans l'enfance prend un sens nouveau au moment de la puberté. Leur atypie du sexe leur permet-elle d'être vraiment un homme ou une femme ? Qu'en est-il de leur attractivité sexuelle, de la possibilité d'avoir des rapports sexuels ? Qu'en est-il de leur possibilité d'avoir des enfants ?

Par exemple, les femmes atteintes du syndrome MRKH (Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser), nées sans utérus et souvent avec un vagin insuffisant, qui font la découverte de leur état à la puberté, subissent un traumatisme quand on leur dit : « vous ne pourrez jamais avoir d'enfants, sauf par adoption » et qu'en outre les relations sexuelles vont poser un problème. R. Stoller [26], en 1968 et dans le contexte de l'époque, ira jusqu'à écrire que si Freud avait vu

des femmes dépourvues de vagin, il aurait su qu'il y avait quelque chose que les femmes désiraient plus qu'un pénis : un vagin. Elles ont des ovocytes et veulent un enfant issu de l'un de leurs ovocytes, ce qui pour elles est un accomplissement de leur identité de femme ; ce n'est possible qu'à l'aide de la gestation pour autrui en attendant l'utérus artificiel, mais la gestation pour autrui est interdite en France ; si elles transgressent la loi en se rendant à l'étranger, elles sont ensuite en grande difficulté de faire reconnaître cet enfant comme le leur.

Refus du sexe d'assignation chez des adolescents normalement sexués

Il n'existe pas de chiffre de prévalence précis pour les enfants et les adolescents. Chez l'adulte, des chiffres divers sont avancés, les plus élevés étant de 1 pour 11 900 hommes biologiques, les chiffres étant plus bas pour les femmes biologiques ; mais le sex-ratio diminue, il était de 3 à 4 à l'époque des premiers travaux de Benjamin, il tend vers 1 actuellement.

Le refus du sexe d'assignation qui est le sexe biologique peut s'être manifesté dès l'enfance. Il peut avoir été exprimé aux parents et signifié par les conduites : volonté de mettre des robes chez un garçon, refus d'en mettre chez une fille ; choix systématique de partenaires de l'autre sexe pour les jeux ; jeux préférentiels ou exclusifs avec les jouets de l'autre sexe, etc. Parfois, l'enfant vit un état de malaise qui le conduit à se replier et avoir un échec scolaire ; c'est à l'adolescence seulement que son malaise prend un sens précis de refus de son sexe.

La puberté est une sorte de drame : la réalisation de leurs désirs secrets ou exprimés que leur pénis tombe (garçons) ou qu'un pénis pousse (filles) ne peut plus être espérée, la transformation de leur corps (la pilosité, la mue de la voix ou la poussée des seins, les règles) atteste qu'ils sont un garçon alors qu'ils se sentent une fille ou une fille alors qu'ils se sentent un garçon. La poussée des seins est particulièrement mal vécue : elle dénonce aux yeux de tous comme fille la fille qui se faisait passer avec succès pour un garçon... Les règles sont plus faciles à dissimuler. L'adolescente peut aller jusqu'à bander cruellement ses seins, abîmant sa peau qui cicatrisera mal ensuite lors de la mammectomie, première opération de transformation hormonochirurgicale qu'elle demandera.

Un certain nombre de filles entrent dans la trajectoire transsexuelle non par des comportements de garçon manqué, mais par un sentiment d'attraction à l'égard des filles dès l'enfance. Elles se disent, ce sont leurs propres termes : « C'est de l'homosexualité. L'homosexualité n'est pas normale. Je suis normale. Si j'éprouve de l'attraction pour une fille, c'est que je suis un garçon. » Elles révèlent leur transsexualisme à leurs parents, qui sont souvent soulagés : « On va l'opérer, changer son identité, elle pourra se marier... » L'« homophobie » des parents, leur souci des convenances leur font minimiser le sérieux de la transformation hormonochirurgicale. Et la fille, encore très féminine, se contraint à masculiniser ses conduites. Dès l'adolescence, elle a une partenaire et vient à la consultation avec cette partenaire.

L'orientation androphile, dite homosexuelle, paraît jouer un rôle différent chez les transsexuels masculin vers féminin. Plus que d'être attirée par un homme, il s'agit d'être « attirante » pour un homme, de se faire reconnaître comme une femme par un homme, par beaucoup d'hommes, voire d'être « la femme la plus séduisante ». C'est l'une des raisons de l'entrée dans la prostitution, à

côté des nécessités alimentaires évoquées par certains. Il n'y a rien de semblable chez les transsexuels féminin vers masculin.

La réussite scolaire est souvent compromise, l'adolescent ou l'adolescente se demande s'il n'est pas fou, songe au suicide, se drogue. C'est très souvent un média qui leur apprend le nom de ce dont ils souffrent, le remède possible par la chirurgie, la démarche à suivre, à qui s'adresser. Souvent la formulation des journalistes est inexacte : « On peut changer de sexe, on peut changer un homme en femme, une femme en homme. » Non, on ne peut que changer l'apparence et l'état civil, et non le sexe dans toutes ses composantes, ni l'histoire antérieure vécue. Les adolescents, plus que les adultes, sont loin d'avoir intégré toutes les informations reçues et arrivent à la consultation en pensant parfois qu'on va leur changer les chromosomes, toujours que l'on va leur donner des organes fonctionnels de l'autre sexe : « Aujourd'hui, on greffe un cœur, un poulmon, un rein, un foie. Vous ne me ferez pas croire qu'on ne peut pas greffer un utérus (ou un pénis). » Pour un certain nombre de filles, elles ne croient pas ce qu'on leur dit ou s'effondrent en apprenant qu'elles n'auront pas un pénis fonctionnel, un vrai pénis de garçon. Certaines m'ont dit : « si c'est ça, aidez-moi à être homosexuelle ».

Quand commencera la transformation hormonochirurgicale ? Traditionnellement pas avant la majorité, après un suivi qui aura convaincu l'équipe médicale de la volonté inébranlable d'être transformé et d'obtenir un changement d'état civil, et aussi de la capacité de faire face à cette « transition ».

Devant la souffrance de ces adolescents, des médecins ont commencé à administrer des hormones avant la majorité, à 16 ans. Puis ils ont songé qu'il serait profitable d'éviter le développement des caractères sexuels secondaires : chez l'adolescent, la mue de la voix, le développement de la pomme d'Adam, la pousse de la barbe, le développement de la stature, tous caractères qu'il sera difficile (voire impossible), douloureux et coûteux de tenter de corriger ; chez la fille, le développement du corps, la poussée des seins, les règles. L'équipe d'Amsterdam [8], suivie par une dizaine d'équipes dans le monde, a proposé de « suspendre la puberté » à l'âge de 12 ans à l'aide d'analogues de la GnRH. Le développement de l'os est perturbé, mais reprend son cours, est-il dit, lorsque, à l'âge de 16 ans, on administre des hormones de sexe contraire. La chirurgie interviendra à l'âge de 18 ans.

Que penser de cette proposition ? Ceux qui la présentent sont satisfaits des résultats et minimisent les incertitudes que l'on peut avoir quant au retentissement à long terme et au retentissement sur les différents organes, y compris le cerveau, ce qu'ils n'ont pas étudié. Les endocrinologues interrogés sont souvent réservés.

Par définition dans les classifications internationales, le transsexualisme que nous venons de décrire ne s'accompagne pas de *disorders of sex development*. Dans l'état actuel de nos moyens d'investigation, on ne trouve aucun marqueur biologique. Ce « phénomène transsexuel », comme l'a appelé H. Benjamin [1], est d'expression psychique ; ce jeune homme et cette jeune fille sont mâle ou femelle sans incertitude, ils sont capables de coïter, d'avoir des enfants (parmi les candidates à la transformation hormonochirurgicale du sexe, il y des hommes et des femmes qui se sont mariés et ont eu des enfants). Pourtant les militants refusent qu'il s'agisse d'un trouble mental, voire d'un trouble tout court ; la « psychiatrisation » leur paraît stigmatisante, ils n'ont pas tort de dénoncer ce danger, mais la stigmatisation ne vient pas du psychiatre, elle vient de la société ; ils en arrivent à des positions « transgenre » : il s'agit soit d'être opéré facilement, tel un piercing ou un tatouage, écrit P. Califia [3], soit d'obtenir un changement d'identité à l'état civil sans opération (la stérilisation est le point

important, et l'on ne fait pas suffisamment la différence entre chirurgie de conversion de sexe dans son ensemble et stérilisation), soit de faire disparaître toute mention de sexe à l'état civil et qu'à chaque instant le choix du genre ne relève que de la liberté individuelle.

On passe ainsi d'un problème concernant les médecins avec des indications et des contre-indications au problème sociétal de la suppression de toute différence entre les sexes ; le caractère arbitraire de la définition par chaque société de ce qui est masculin ou féminin est appliqué à ce qui est mâle ou femelle, sans tenir aucun compte de la réalité biologique de la procréation qui suppose un mâle et une femelle, ne fut-ce que d'une cellule mâle et d'une cellule femelle : sinon, on est dans le clonage et la reproduction du même, et non dans l'innovation procréatrice.

Ceux qui voient des adolescents savent que quelques-uns d'entre eux sont susceptibles de changer d'avis, en particulier en assumant l'homosexualité. Il est donc tout à fait souhaitable de proposer à tout adolescent refusant son sexe une psychothérapie [19], ne fut-ce que pour le soutenir dans l'élucidation de qu'il veut vraiment et éventuellement dans les difficultés de la transition.

Conclusion

Quand on est confronté à des problèmes qui dépassent le malaise banal de l'adolescence, tels les *disorders of sex development* et les *gender identity disorders*, il faut adresser l'adolescent à une équipe pluridisciplinaire spécialisée [5, 6]. Les psychiatres et les psychologues ont un rôle important à jouer ; ils ne sont pas assez nombreux, et ni les familles, ni les sujets eux-mêmes ne sont prêts à accepter leur intervention. De plus, eux-mêmes ont à se former et à développer de l'inventivité dans un domaine où ceux qui les ont précédés n'ont pas encore trouvé toutes les techniques appropriées. Il est intéressant de noter que les spécialistes de la thérapie cognitivo-comportementale ne se sont guère consacrés à ces problèmes ; les cognitions et les croyances jouent pourtant un rôle évident. Est-il possible de les modifier ?

Les psychanalystes et les tenants de la théorie de l'attachement ont constaté l'importance de ce qui se jouait dans les interactions précoces et l'efficacité du travail psychothérapeutique avec le jeune enfant et ses parents, par contraste avec la difficulté croissante des traitements au fur et à mesure du développement. L'identité sexuée ne consiste pas en une photocopie des parents, mais est une construction complexe d'une image idéale de ce que l'enfant croit qu'il faut être pour être aimé. Le sujet jeune a éprouvé un malaise au sein de son environnement et pensé que tout irait mieux s'il appartenait à l'autre sexe ; cette construction s'est solidifiée au cours des années, au point que l'on bute tout autant sur le roc des interactions précoces que sur le roc du biologique [4].

BIBLIOGRAPHIE

1. BENJAMIN H. The transsexual phenomenon. New York, Julian Press, 1966, 286 pages.
2. BRADLEY SJ, OLIVER GD, CHERNIK AB, ZUCKER KJ. Experiment of nurture : ablation penis at 2 months, sex reassignment at 7 months, and a psychosexual follow-up in young adulthood. *Pediatrics*, 1998, 102 : e9.
3. CALIFIA P. Le mouvement transgenre. Changer de sexe (1997). Paris, EPFL, 2003, 384 pages.
4. CHILAND C. Le roc. In : P Gutton et al. Raconter avec Jacques Hochmann. Genève, Georg, 2002, 317 pages.
5. CHILAND C. Identité sexuée : construction et vicissitudes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2008, 56 : 8.
6. CHILAND C. Changer de sexe : illusion et réalité. Paris, Odile Jacob, 2011, 349 pages.
7. COLAPINTO J. As nature made him. The boy who was raised as a girl. London, Quartet Books, 2000, 294 pages.
8. DELEMARRE-VAN DE WAAL HA, COHEN-KETTENIS PT. Clinical management of gender identity disorder in adolescents : a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinol*, 2006, 155 (Suppl. 1) : S131-S137.
9. DIAMOND M. A critical evaluation of the ontogeny of human sexual behavior. *Q Rev Biol*, 1965, 40 : 147-173.
10. DIAMOND M. Pediatric management of ambiguous and traumatized genitalia. *J Urol*, 1999, 162 : 1021-1028.
11. FAUSTO-STERLING A. Sexing the body, gender politics and the construction of sexuality. New York, Basic Books, 2000, 488 pages.
12. GREEN R. The « Sissy boy syndrome » and the development of homosexuality. New Haven, London, Yale University Press, 1987, 426 pages.
13. GUENICHE K, JACQUOT M, THIBAUD E, POLAK M. L'identité sexuée en impasse... À propos de jeunes adultes au caryotype XY nées avec une anomalie du développement des organes génitaux et élevées en fille. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2008, 56 : 377-385.
14. HAMMARBERG T. Droits de l'homme et identité de genre, octobre 2009 [http://wcd.cocint/ViewDoc.jsp?Ref=CommDH/IssuePaper(2009)].
15. HUERRE P, PAGAN-REYMOND M, REYMOND JM. L'adolescence n'existe pas. Histoire des tribulations d'un artifice. Paris, Odile Jacob, 1997, 304 pages.
16. HUGHES IA, NIHOUC-FÉKÉTÉ C, THOMAS B, COHEN-KETTENIS PT. Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2007, 21 : 351-365.
17. LAUFER M, LAUFER E. Adolescence et rupture du développement. Une perspective psychanalytique (1984). Paris, PUF, 1989, 255 pages.
18. LEE PA, HOUK CP, AHMED SF, HUGHES IA, in collaboration with the participants in the International Consensus on Conference Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Paediatric Endocrinology. Consensus statement on management of intersex disorders. *Pediatrics*, 2006, 118 : e488-e500.
19. LOTHSTEIN LM. The adolescent gender dysphoric patient : an approach to treatment and management. *J Pediatr Psychol*, 1980, 5 : 93-109.
20. MONEY J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyper-adrenocorticism : psychologic findings. *Bull Johns Hopkins Hosp*, 1955, 96 : 253-264.
21. MONEY J, HAMPSON JG, HAMPSON JL. An examination of some basic sexual concepts : the evidence of human hermaphroditism. *Bull Johns Hopkins Hosp*, 1955, 97 : 301-319.
22. MONEY J, HAMPSON JG, HAMPSON JL. Hermaphroditism : recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychological management. *Bull Johns Hopkins Hosp*, 1955, 97 : 284-300.
23. MONEY J, HAMPSON JG, HAMPSON JL. Imprinting and the establishment of gender role. *AMA Arch Neurol Psychiatry*, 1957, 77 : 333-336.
24. RAJON AM. La naissance de l'identité dans le cas des ambiguïtés sexuelles. *La Psychiatrie de l'enfant*, 1998, 41 : 5-35.
25. RAJON AM. Ce que nous apprennent les parents d'enfants porteurs d'ambiguïté génitale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2008, 56 : 370-376.
26. STOLLER RJ. Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme. Paris, Gallimard, 1978, 406 pages.
27. WINNICOTT DW. Concepts actuels du développement de l'adolescent : leurs conséquences quant à l'éducation. In : Jeu et réalité (1971). Paris, Gallimard, 1975 : 190-207.
28. WITTIG M. La pensée *straight*. Paris, Éditions Amsterdam, 2007, 119 pages.

ADOLESCENCE, SEXUALITÉ ET DÉVELOPPEMENT

8 —

Dominique BRENGARD

Dans la mythologie, Éros, dieu de l'amour, assure non seulement la continuité des espèces, mais aussi la cohésion interne du monde. Bien d'autres légendes ont été racontées, comme celle de la rencontre d'Éros et de Psyché (nom de l'âme). Psyché, d'une très grande beauté, ne pouvait rencontrer Éros qu'à la condition de détourner son regard à son apparition. Elle finit par enfreindre cet interdit et connaît par la suite quelques tourments de n'avoir pu accepter que, dans l'amour, quelque chose se dérobe.

La psychanalyse reprend d'une certaine façon cette rencontre d'Éros et de Psyché, en inscrivant le rapport à la sexualité au centre de l'expérience humaine toujours conflictuelle et de la constitution du psychisme. Ainsi la sexualité se découvre-t-elle comme le domaine où quelque chose, irréductiblement, se dérobe au sujet.

Les études anthropologiques montrent combien le sexuel et le social sont imbriqués. Elles montrent que toutes les sociétés sont organisées selon les structures identiques : prohibition de l'inceste, mariage, éducation... La prohibition de l'inceste figure universellement comme le point de rencontre du sexuel et du social, fonctionnant comme un organisateur socio-sexuel. Il découpe dans la famille originaire, groupe fusionnel instable, la place d'objets sexuels définis (le père, la mère, l'enfant), il sépare les pulsions érotiques et agressives en leur attribuant le champ social.

Dans nos sociétés occidentales, les tentatives d'égalisation des statuts socio-économiques de l'homme et de la femme, le recours à la contraception tendaient à libérer la sexualité des règles traditionnelles, permettant de relier davantage la sexualité au plaisir. Mais, dans ces dernières décennies, l'apparition du SIDA est venu complètement bouleverser toutes les données, car plaisir et sexualité sont désormais associés à un risque de mort. C'est dans ce contexte historique et social que les adolescents vivent aujourd'hui leur sexualité.

L'adolescence est une période de bouleversement : la survenue des transformations corporelles de la puberté et l'accession à la sexualité génitale confrontent l'adolescent à la construction d'une nouvelle image du corps et à la question de son identité, en particulier sexuée. De profonds remaniements vont donc avoir lieu. Si l'adolescence est contemporaine, dans son début, du développement physiologique pubertaire, cette phase contextualisée dans les sociétés suppose l'imbrication d'aspects somatiques, psychologiques et sociaux. L'adolescence est l'expression d'un processus dynamique transitionnel traduisant la perspective d'un entre-deux en devenir et mettant en jeu les niveaux individuels, de groupes (familiaux et communautaires), interagissant entre eux, en particulier pour l'évolution psychosexuelle.

Transformations pubertaires

Trois catégories de modifications somatiques

Les modifications somatiques pubertaires peuvent se regrouper en trois catégories : croissance staturale, évolution des caractères sexuels primaires (organes génitaux) et secondaires (voix, pilosité, seins, systèmes musculaire).

La survenue d'une croissance staturale rapide inaugure la puberté. Cette croissance est plus précoce :

- chez les filles que chez les garçons (à milieu socio-économique égal). Les pics de croissance se situent vers 10 ans-10 ans et demi chez les filles et vers 12 ans-12 ans et demi chez les garçons ;
- dans les milieux socio-économiques favorisés.

Après les signes précurseurs de l'apparition des caractères sexuels secondaires (pilosité dans les deux sexes, développement des seins chez les filles, mue de la voix et développement musculaire chez les garçons) vient l'avènement même de la puberté : premières règles pour les filles, maturation des spermatozoïdes et premières éjaculations pour les garçons.

L'avènement de la puberté présente là encore un décalage entre les sexes de 2 ans-2 ans et demi : la puberté moyenne des filles se situe vers 12 ans-12 ans et demi et celle des garçons vers 14 ans.

Fréquence des dysharmonies de développement pubertaire

Le rythme du développement pubertaire est variable et, le plus souvent, le développement psychique et le développement psychoaffectif ne se poursuivent pas au même rythme.

Des dysharmonies sont fréquentes et sans caractère pathologique : personnalité encore infantile dans un corps presque adulte ou personnalité mûre, presque adulte, dans un corps encore infantile.

Grande variabilité interindividuelle selon le contexte environnemental

La grande variabilité interindividuelle des transformations de la puberté et de l'adolescence est aussi à relier à des différences de

contexte ethnique, familial, socio-économique et environnemental, en particulier nutritionnel.

Ainsi, dans nos sociétés, est-il intéressant de noter une évolution séculaire de la puberté avec une accélération de la croissance, une élévation de la taille et un abaissement de l'âge de la puberté.

Dans les sociétés occidentales, cette évolution vers une puberté plus précoce contraste avec un allongement de la période de l'adolescence associée au recul de l'insertion sociale. Cela diffère d'autres sociétés où l'adolescence reste une période courte, marquée par des rites initiatiques de passage.

Toutes ces particularités des contextes sociaux et culturels retentissent sur le processus de l'adolescence et réciproquement.

Remaniements psychiques individuels, groupaux, familiaux et communautaires

Remaniements psychiques individuels : approche psychanalytique

Processus de changement et nouvel équilibre pulsion-défense

L'adolescence est un processus de mutation et de changement où la pulsion sexuelle est quantitativement et qualitativement modifiée par l'accession au primat de la génitalité alors que, dans le même temps, toutes les pulsions prégénitales se réactualisent. L'adolescent doit donc, par un travail intrapsychique, réaménager des investissements objectifs et narcissiques nouveaux ainsi que l'équilibre pulsion-défense, précédemment acquis.

L'élaboration psychique de cette mutation passe par une expérience de perte et de séparation comparée par beaucoup d'auteurs à un travail de deuil avec la résolution du complexe d'Œdipe. L'adolescent doit se détacher et se séparer de ses objets et plaisirs d'enfant, du seul lien d'amour à ses parents pour choisir ailleurs un objet d'amour dans sa génération.

Intégration d'une nouvelle image inconsciente du corps sexué. Anamorphose

L'intégration d'une nouvelle image de lui-même comme individu sexué implique aussi un nouveau renoncement, poursuivant, après la période dite de « latence », la résolution des conflits fantasmatiques œdipiens.

L'adolescent est confronté à la construction d'une nouvelle image inconsciente du corps dont la figurabilité évoque une anamorphose [3] et qui peut se traduire dans des manifestations dysmorphophobiques. C'est la perplexité de l'adolescent qui cherche avec insistance à se rassurer devant le miroir. L'une des caractéristiques de cette période est le choix des vêtements, de l'uniformisme unisexe du jean, au port de pulls sacs, amples, masquant les formes qui risqueraient de révéler un corps différencié sexuellement. La recherche de l'identité est contemporaine à l'entre-deux en devenir, lors d'un processus de changement discontinu. C'est en quelque sorte une anamorphose et un changement de « peau psychique » de l'adolescent, qui peuvent être représentés par la métaphore du homard décrite par F. Dolto [12] ou celle de la chrysalide, ni chenille, ni papillon. Ce processus de changement maturatif a été souvent décrit comme une deuxième

phase de séparation-individuation (par analogie à celle définie par M. Malher lors de la petite enfance [24]).

Mécanismes de défense permettant une certaine déssexualisation des conflits

Face à tous les remaniements et à l'anxiété que l'adolescence provoque, tous les mécanismes de défense vont être mobilisés, certains d'entre eux étant plus spécifiques de cette période. Nous insistons sur les mécanismes qui rendent les conflits psychiques moins menaçants en les neutralisant et en les déssexualisant. Sur le plan affectif, ce sont la sublimation, l'ascétisme et l'intellectualisation bien décrit par A. Freud [16] et, sur le plan cognitif, l'accès à la pensée formelle. La « bêtise » comme une défense contre la sexualité a d'ailleurs été évoquée. Au moment de la puberté, ne parlait-on pas de l'« âge bête » ?

Les variations de l'humeur et du comportement comme les fous rires, les plaisanteries lourdes ne sont qu'un détournement de l'excitation, une manière de parler de la sexualité sans la vivre encore.

Réactualisation des conflits et résolution du complexe d'Œdipe. Bisexualité et identité sexuée

Le conflit œdipien aboutit, par sa double composante positive et négative, à une double identification masculine et féminine. Les deux identifications complémentaires et contradictoires sont de forces inégales ; l'une dominante masque la seconde. Le complexe d'Œdipe est le conflit entre la réalité sexuelle précocement inscrite, celle de l'appartenance à son sexe, et la réalité psychique, celle des fantasmes conformes ou non à cette réalité. Le désir parental, modelé par la bisexualité de chacun des parents, est déterminant pour l'identité, en particulier sexuelle de l'enfant (place du père, sexe de l'enfant imaginaire, relation à son propre sexe et à l'autre).

Œdipe et féminité

Depuis les conceptualisations et les interrogations de S. Freud sur la sexualité féminine comme « continent noir », bien des hypothèses ont été élaborées. Un certain nombre de malentendus pourraient être levés si les deux ordres de réalité étaient différenciés : anatomobiologique et psychique. Comme le suggère F. Ladame [23], il convient de distinguer les séries complémentaires mâle/femelle et masculin/féminin. Le premier couple d'opposés (mâle/femelle) est déterminé par les forces biologiques qui fixent l'assignation d'un sexe à la naissance. Il conditionne le noyau de l'identité de genre. Le second couple masculinité/féminité renvoie davantage à une position intrapsychique qui n'est pas exclusive. Elle inclut la possibilité d'une bisexualité psychique dans les deux sexes.

À l'adolescence, le sujet va donc devoir :

- accepter à la fois son identité sexuée, puisque le processus de la puberté par la voie biologique intervient à ce moment ;
- faire le deuil de sa croyance en la réalité d'une bisexualité, croyance propre à l'enfance.

Cependant, si ces deux réalités sont indissociables, elles ne sont pas pour autant assimilables facilement [23].

ATTACHEMENT PRÉ-ŒDIPYEN DANS L'ÉVOLUTION PSYCHOSEXUELLE DE LA FILLE • S. Freud a écrit que le premier objet d'attachement pour la fille est sa mère et que la durée de cet

attachement avait été jusqu'alors sous-estimée. Cela entraîne des conséquences pour les premières identifications et le conflit activité/passivité.

En 1932, S. Freud, critique sa conception antérieure où la passivité coïncidait avec la féminité et l'activité avec la virilité [17]. L'identification pour l'enfant est une identification à la mère active, omnipotente, ce qui entraîne des blessures narcissiques pour l'enfant qui dépend entièrement d'elle. Mais cette identification a des reflets différents sur la constitution de l'identité primaire du garçon et de la fille.

Chez la fille, une difficulté particulière dans son développement psychosexuel réside dans la confrontation, au stade anal, avec la mère active et omnipotente : toutes les pulsions sadiques, de destruction, d'emprise vis-à-vis de cette mère infiltreront ces premières relations. « Qui a la maîtrise du contrôle sphinctérien ? Le posséder pour la fille n'est-ce pas obligatoirement en déposer sadiquement la mère souveraine ? Et cette mère, nous est-il permis de ne pas l'aimer ? » [23]. Outre le sphincter, ce sont toutes les productions internes du corps qui sont en jeu. En assumer le contrôle est un mouvement qui ne peut faire l'économie de l'agressivité.

Ce conflit non résolu et le poids de l'« emprise de la mère anale » [8] sont source de dépendance et d'incapacité à désirer librement accéder à une jouissance et resurgissent particulièrement à l'adolescence où toutes les pulsions sont réactivées. Certains troubles de la sexualité de l'adolescente et, ultérieurement, de la femme adulte ont souvent pour origine la non-résolution de ce conflit.

CONFLIT ŒDIPYEN CHEZ LA FILLE • Quant au conflit œdipien, il se présente différemment chez la fille, de par le changement d'objet, le père devenant objet d'amour, ce qui a été décrit par S. Freud. Cependant, la radicalité de ce changement d'objet peut rester sujet à discussion. S. Freud l'avait d'ailleurs évoqué en 1931, dans son texte sur la sexualité féminine [17]. Seul l'attachement exclusif à la mère disparaîtrait : « les deux parents sont maintenant comme objets d'amour et comme rivaux » ; n'est-ce pas d'ailleurs le complexe d'Œdipe « complet » de Freud, qui pourrait faire moins problème à la fille qu'au garçon ?

Nous savons, pour ce dernier, que les notions érotiques passives face au père semblent incontournables, en particulier à l'adolescence [23]. La problématique de la castration est à entendre dans une dimension psychique. E. Jones souligne que les deux sexes redoutent surtout l'extinction du désir et l'abolition de toute sexualité (*aphanisis*) [20].

Au-delà d'une configuration anatomique, le pénis symbolise une relation à un objet détachable du sujet. L'emploi du terme « phallus » souligne la fonction symbolique remplie par le pénis.

Pour S. Freud, la petite fille ignorerait l'existence du vagin. L'angoisse de castration ne correspondrait pas à la perte du pénis pour l'homme, mais mobiliserait le rapport d'opposition absence-présence du phallus.

J. Lacan recentre les découvertes freudiennes autour de la notion de phallus comme « signifiant de désir ». Le complexe d'Œdipe est reformulé selon la dialectique des alternatives « de l'être à l'avoir » dans la quête du phallus. Cependant, cette méconnaissance du vagin par la petite fille selon S. Freud et la référence centrale du phallus ont suscité des divergences cliniques et théoriques, encore débattues [7, 8, 10, 11].

Remaniements groupaux, familiaux et communautaires : approche systémique

Remaniements familiaux

La crise narcissique de l'adolescence est non seulement la manifestation d'un processus transitionnel intrapsychique, mais également un processus mobilisant l'ensemble des interactions en jeu dans la constellation familiale. Aussi est-il possible de décrire la crise familiale à l'adolescence, les remaniements internes concernant la psychodynamique inconsciente du groupe familial comme un ensemble inscrit dans sa dimension généalogique. C'est à la période de l'adolescence que se représentent les frontières intergénérationnelles, avec en particulier un repositionnement, au niveau synchronique, de la place dans la fratrie et, au niveau diachronique, de la place des frontières parentales et grands-parentales. La stabilisation de l'image inconsciente du corps et de l'identité sexuée au niveau individuel se construit dans une relation dialectique avec la restructuration de l'image du corps groupal familial. Ainsi les processus de « sexualité » sont-ils contemporains des identifications dans l'organisation de la filiation et des mécanismes de transmission inter- et transgénérationnels [3]. Par exemple, l'éventualité du départ d'une adolescente du foyer familial, pour vivre avec son partenaire, mobilise une réorganisation des relations intrafamiliales et des identifications réciproques.

Actuellement, nous constatons aussi des situations complexes, l'adolescent restant dans le milieu familial plus longtemps. Ainsi n'est il pas rare qu'une ou un adolescent invite son partenaire à vivre chez ses parents. Les séparations ultérieures peuvent être compliquées, puisque les parents et fratries de l'un vivent sous le même toit que le « couple d'adolescents ».

Remaniements communautaires : aspects socioculturels et migration

Dans les familles transplantées, particulièrement chez les enfants de la deuxième génération, est imbriquée au processus spécifique de l'adolescence la restructuration d'une construction de l'identité, à la fois sexuée et d'appartenance communautaire. L'adolescent est en butte aux difficultés d'intégration de sa famille dans le pays d'accueil. Quand il est scolarisé en France, il assume une responsabilité, induisant une parentalisation précoce. Il peut être amené à effectuer des démarches auprès des administrations, tout en traduisant avec une certaine violence sa loyauté nostalgique vis-à-vis de la culture et du pays d'origine de ses parents, particulièrement dans le contexte de difficultés socio-économiques. La place du père peut paraître alors questionnée. C'est par une intégration à une bande de « pairs » que l'adolescent traduira sa propre structuration identitaire face à la difficulté à établir un choix d'amour stable, ce que complique le fait de réussir mieux que le père dans une culture où la figure paternelle doit rester en référence.

Selon les cultures, les adolescentes sont partagées entre leurs groupes d'appartenance communautaire et leur inscription dans la société d'accueil. Par exemple, certaines sont confrontées à la pratique de l'excision comme rituel affirmant une identité féminine et groupale, alors que cette pratique est légitimement dénoncée en Europe, condamnée par la loi comme une mutilation invalidante, signe archaïque de l'aliénation de la femme. Cette

position d'entre-deux culturel se superpose au processus d'entre-deux identificateur de l'adolescence [3].

SIDA et prévention

Prise de conscience

Avec l'apparition du SIDA, le champ de la sexualité humaine a été radicalement transformé. Alors que le contrôle des naissances par les moyens contraceptifs modernes a été une première révolution permettant de choisir librement sa sexualité, l'épidémie du SIDA a bouleversé les relations sexuelles en associant mort et vie sexuelle.

La prise de conscience de la gravité du risque épidémiologique n'a été que très progressive, freinée par des paramètres culturels et idéologiques. Le SIDA semblait ne concerner que certaines populations à risque – homosexuels, toxicomanes, prostituées, populations de certaines régions d'Afrique, etc. –, ce qui a entraîné les pouvoirs publics à s'engager dans les campagnes nationales de lutte contre le SIDA sur le plan curatif et préventif.

L'avancée des traitements peut entraîner un relâchement de l'utilisation de la prévention pour laquelle il est important de continuer à se mobiliser.

Adolescents et information

Actuellement, l'avancée des traitements peut entraîner un relâchement de l'utilisation de la prévention pour laquelle il est important de continuer à se mobiliser.

Les adolescents sont une population à protéger, car leurs témoignages [13] et les enquêtes montrent qu'ils utilisent peu les moyens préventifs (des enquêtes prouvent que statistiquement, de 14 à 18 ans, l'emploi des préservatifs en France est peu fréquent). La qualité de la prévention passe par une meilleure évaluation et appréciation du risque. Or l'adolescent a le goût du risque et son tempérament « romantique » l'incite à ne pas mettre en doute la pureté de son partenaire, surtout lors de premiers rapports sexuels. Pour prévenir le SIDA, il faut aborder les difficultés spécifiques à l'adolescence, auxquelles s'ajoutent les résistances habituelles, qu'elles soient idéologiques, socioculturelles ou inconscientes, car le filtre des théories sexuelles inconscientes influe sur l'intégration de l'information.

Enseignants, personnels de santé, chacun doit s'informer et réfléchir à ses propres contre-attitudes dans sa vie sexuelle, à sa vie fantasmatique, donc également à ses propres résistances face au problème et à la prévention.

Un certain nombre de questions doivent être abordées avec l'adolescent, pour une prévention du SIDA la plus efficace possible, afin qu'évoluent les conduites sexuelles et le rapport à la sexualité. La parole et la verbalisation permettent d'éviter que l'autre soit considéré comme dangereux et permet d'inscrire le processus au niveau de la chaîne épidémiologique (la contamination ayant lieu par le sperme et par le sang).

La prévention se situe au niveau de la maturation affective, psychologique et libidinale de chacun. Elle passe par l'usage des préservatifs, la facilitation de leur achat et la dédramatisation ; de même, le dépistage sérologique doit lever le doute et éviter que se développe une attitude fataliste.

La libération de l'achat des seringues en pharmacie limite également le risque de transmission chez les héroïnomanes.

Adolescents et prévention

Aux gênes et aux inhibitions des premiers rapports s'ajoute la question de l'utilisation d'un préservatif, qui heurte souvent le tempérament « romantique », la « pureté » des sentiments et l'exacerbation des tendances narcissiques.

Pour éviter cet écueil, la meilleure solution consiste pour la jeune fille à demander un préservatif comme moyen de contraception, en plus de son propre mode de contraception. Si l'emploi des préservatifs reste encore limité, il est important de le faciliter. Les préservatifs, souvent mis à la disposition par les parents ou un membre de la fratrie, font de plus en plus partie de la panoplie des objets rangés dans un tiroir.

Ces différentes enquêtes montrent que l'information circule mieux dans les groupes d'adolescents qui se réapproprient le savoir des adultes. En outre, les intervenants médicaux sont de plus en plus sollicités pour participer à des débats dans les lieux scolaires ou d'animation dans les cités, ce qui est un excellent moyen de diffuser l'information.

La situation actuelle de la recherche médicale, même si les espoirs mobilisent les scientifiques vers des solutions telles que le vaccin ou des thérapeutiques curatives efficaces, invite à concentrer l'effort sur une attitude préventive. L'information élargie au grand public facilite la verbalisation des conduites sexuelles ; chacun cependant n'est pas dispensé d'analyser ses positions et contre-attitudes.

L'un des effets du SIDA aura été d'avoir permis aux parents, à travers leurs inquiétudes, de reconnaître une vie sexuelle à leurs enfants. En tout cas, il aura amené à une réflexion générale sur les liens qui unissent sexe, amour et parole, comme l'a montré S. Tomkiewicz en parlant à des adolescents de la sexualité dans un film, utilisé ensuite comme support de prévention par les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale.

Clinique de la sexualité à l'adolescence

Conduite et « premières » expériences sexuelles

Le début de la puberté est marqué par l'apparition de modifications biologiques : premières règles chez la fille, premières éjaculations chez les garçons. Mais l'entrée en adolescence correspond aux premières rencontres sexuelles et géminalisées, aux premiers flirts, à la première passion amoureuse et aux premiers rapports sexuels. Interviennent aussi les premières marques d'autonomisation par rapport au groupe familial.

L'éducation sexuelle est limitée par l'importance du refoulement ; cependant, lors de l'éveil de la sexualité, les désirs ainsi que les premières manifestations pubertaires peuvent être vécus comme des situations angoissantes, voire traumatisantes, si elles ne sont pas préparées par une information, faite en particulier par les parents et à l'école. Cette écoute des interrogations et des

préoccupations de l'adolescent respectera cependant le rythme de la maturation psychosexuelle.

Premières règles chez la fille, premières éjaculations chez le garçon

Il est important que la jeune fille soit prévenue de l'apparition des premières règles, afin qu'elle puisse être préparée à vivre cet événement dans son processus de croissance et de développement ; cela est facilité quand un dialogue dédramatisant avec la mère a pu s'instaurer.

Cette étape est plus difficile lorsque l'apparition des règles est précoce, avant que la jeune fille n'ait pu en parler également avec d'autres adolescentes. La symbolique du sang marque cet événement et sera également le repère régulier de l'intégrité de l'intériorité.

Chez le garçon, les premières émissions spermatiques (d'abord un liquide clair) ont moins ce caractère inaugural ; elles peuvent se poursuivre par des pollutions nocturnes, souvent vécues comme des souillures honteuses et culpabilisées, en particulier si le père n'a pas su rassurer le garçon.

Activités masturbatoires à l'adolescence

Pour le garçon, c'est surtout la découverte de la relation entre l'érection et l'éjaculation qui mobilisent le jeu des atouchements sexuels et l'activité masturbatoire devenue prépondérante, associée à des scénarios érotiques concernant souvent des objets partiels. Cette activité pratiquée en solitaire ou lors de caresses réciproques peut être anxiogène et culpabilisante, d'autant qu'un interdit parental aura été renforcé si, par exemple, l'adolescent est surpris lors de caresses auto-érotiques. La masturbation peut devenir compulsive, répétée plusieurs fois dans la journée, voire être associée à des somatisations. Ainsi, consultant à propos d'une impuissance, un adolescent évoque-t-il les céphalées secondaires à une activité masturbatoire. Il peut être persuadé qu'immédiatement des cernes sous les yeux marquaient son visage, trahissant sa conduite prohibée au regard de sa mère vigilante, alors que la masturbation est une activité s'inscrivant dans un processus de découverte des zones érogènes et du plaisir génital dès la petite enfance et correspond à une réassurance d'un bon fonctionnement lors de l'adolescence. Parfois, celle-ci donne lieu à des onanophobies. C'est à cette période que l'on peut constater des dysmorphophobies, en particulier l'anxiété du petit pénis.

Les filles ont souvent, à l'âge adulte, refoulé leur expérience de masturbation. La découverte d'une sensation de plaisir, voire d'« une brûlure exquise » a pu se faire incidemment dans l'enfance (par exemple, en se retenant d'uriner, en montant à bicyclette). La recherche de sensations agréables est en même temps une exploration des zones érogènes plus diffusées à l'ensemble du corps, particulièrement du sein, avec mobilisation du pseudo-télorisme du mamelon, et de la région vulvovaginale, avec stimulation clitoridienne. La description des différentes modalités masturbatoires est bien décrite dans le rapport Hite. Il met en évidence les singularités pour chacune et leur valeur dans l'épanouissement dans la relation érotique chez la femme adulte. Classiquement, il était repéré un orgasme vaginal et un orgasme clitoridien. Les travaux de W.H. Masters et V.E. Johnson [25] décrivent une réaction orgasmique univoque, quelles que soient les modalités de stimulation permettant d'atteindre la réponse du seuil orgasmique. Le problème est, là encore, la culpabilisation souvent excessive de

cette conduite, comme l'ont encouragé tous les écrits médicaux ou éducatifs des siècles précédents.

Premier flirt

Le premier flirt participe du jeu de séduction et peut être associé à des rituels de parade et à des attitudes donjuanesques. Les caresses peuvent avoir lieu avec un partenaire plus âgé, jouant le rôle d'initiateur, il s'y délimite une proxémie⁽¹⁾ de l'intimité sexuelle. Le vécu et l'empreinte de ces premières expériences, parfois ressenties comme intrusives, dépendent du contexte et de leur réalisation. C'est parfois une trace mnésique persistante dans le scénario fantasmatique, qui est source de plaisir.

Premier rapport sexuel

Il peut avoir lieu plusieurs années après les premiers flirts. Selon les critères de certaines cultures et religions, la femme doit rester vierge avant le mariage. La défloration est alors inscrite socialement comme un rite nuptial, associant la communauté.

Même si ces aspects sont actuellement plus limités à certaines communautés, la symbolique de la première relation reste un événement inaugural. Les adolescents sont actuellement plus informés, et ce premier rapport survient souvent plus précocement, à une époque où l'angoissante préoccupation du SIDA invite à une prévention du risque ; pourtant, l'usage des préservatifs dans la tranche d'âge de 14 à 16 ans lors des premiers rapports apparaît rare, selon les dernières statistiques, même si l'adolescent ou l'adolescente en dispose.

C'est surtout l'inquiétude d'une grossesse qui préoccupe la jeune fille, justifiant une sensibilisation aux méthodes contraceptives adaptées à la physiologie et à la situation de chacune.

L'impact de cette première expérience ne doit être ni banalisée, car elle influence dès le début la vie affective, ni dramatisée ; en particulier une relation insatisfaisante avec insuffisamment de temps préliminaire ne fixe pas forcément une évolution sexuelle difficile. À l'inquiétude de la pénétration peut être associée la pudeur de se confronter à la nudité des corps. Si le fantasme de la jeune femme vierge peut stimuler des adultes mûrs, il est pour le jeune garçon une source d'inquiétude, le confrontant à un risque de défaillance. Ce premier rapport sexuel est d'autant plus satisfaisant qu'il traduit l'aboutissement d'une relation effective avec une qualité de jeu, d'humour et de dialogue permettant l'écoute réciproque du rythme et des attentes de chacun.

Cette première relation est parfois précipitée par l'adolescent qui a honte d'être vierge vis-à-vis de ses copains [3]. Pour les garçons, ce sentiment de premier rapport peut être plus flou avec des étapes progressives entre les flirts de plus en plus poussés et un rapport avec pénétration. Chez l'adolescent, comme chez l'adolescente, cette première expérience est en fait toujours un aboutissement.

Dysharmonies et « avatars » de la sexualité

Il est classique de dire que les adolescents ont du mal à demander de l'aide, en particulier à propos de leurs difficultés concernant leur vie sexuelle. Cependant, l'expérience montre qu'ils fréquentent volontiers des espaces de parole et d'écoute disponibles à

(1) Étude de la manière dont les êtres vivants gèrent leurs rapports à l'espace dans les relations qu'ils ont entre eux.

l'expression de ces problèmes. Qu'il s'agisse d'un « mal-être » global en rapport avec des difficultés identitaires sexuelles ou d'une difficulté plus spécifiquement sexuelle, le symptôme est à entendre dans la place et dans la fonction qu'il occupe, dans l'économie intrapsychique du sujet et dans la psychodynamique relationnelle.

Pour l'adolescent

Les motifs de consultation concernent globalement ce qu'il est possible d'évoquer comme un syndrome d'impuissance : trouble du désir, « frigidité masculine » avec manque d'attrait pour la partenaire. On distingue des troubles sélectifs vis-à-vis d'une partenaire de ceux concernant toutes les femmes. Il peut s'agir alors, en dehors d'un contexte d'asthénie, d'une inhibition avec une homosexualité latente.

Les principales préoccupations concernent l'impuissance et l'éjaculation prématurée. L'impuissance ou trouble de l'érection peut être primaire ou secondaire. Elle peut traduire une angoisse phobique avec le classique fantasme de vagin denté, réactualisant une angoisse de castration.

Par principe, l'exploration médicale doit écarter toute participation organique, rare cependant à cet âge (problème vasculaire, diabète...). L'existence d'érection matinale ou lors de masturbation révèle le caractère psychogène. Ce trouble peut être obsédant, invalidant, avec des attitudes d'évitement des rapports sexuels et s'associer, chez des personnalités obsessionnelles, à une tentative de maîtrise des pulsions agressives.

En ce qui concerne l'éjaculation prématurée, elle est surtout le signe d'une anxiété contemporaine des premiers rapports, mais qui risque de s'installer dans un scénario d'anticipation de l'échec. L'éjaculation peut aussi être vécue comme douloureuse et associée à un mouvement dépressif, d'autant que le garçon se sent frustré, voire humilié de ne pas parvenir à satisfaire sa partenaire. Il est important de rassurer l'adolescent sur la fréquence quasi physiologique de cette prématurité de l'éjaculation, en lui expliquant la différence entre la courbe de la réponse sexuelle chez le garçon et celle à montée plus progressive de la fille. La valorisation des préliminaires et des jeux sexuels est à favoriser. Il est à noter que, chez l'adolescent, la période réfractaire est courte.

Plus rare, mais plus grave est l'anéjaculation, manifestant souvent une problématique obsessionnelle de la rétention.

D'une façon générale, les difficultés psychosexuelles masculines expriment une angoisse de performance en relation avec une défaillance vis-à-vis de l'idéal du Moi inconscient. On retrouve la problématique de la honte et la crise narcissique identitaire dans la structuration de l'identité sexuée.

Pour l'adolescente

Les troubles du désir sont fréquents, souvent associés à une insipidité du partenaire ne respectant pas le rythme de son éveil sexuel.

Le vaginisme est une contraction involontaire, incrochable des muscles releveurs de l'anus empêchant toute pénétration. Il traduit une réaction phobique, fréquente chez les adolescentes, associée à des fantasmes d'intrusion traumatique. Le vagin est souvent fantasmé comme très étroit par rapport au pénis et en continuité avec l'intériorité corporelle (cela se retrouve dans les dessins mettant en évidence une projection de l'image du corps, et ce, quel que soit le niveau culturel).

Parmi les dyspareunies, c'est-à-dire les douleurs lors de la pénétration, on distingue les dyspareunies superficielles, souvent

équivalents vaginiques, mais justifiant un examen gynécologique (écartant infection, vestiges hyménaux ou bride vaginale) et les dyspareunies profondes, qui doivent faire rechercher une endométriose.

Une anorgasmie est la plainte la plus fréquente. Elle peut traduire une problématique hystérique, mais il faut faire la part des nouvelles normes sexuelles développées par une médiatisation inappropriée. On fera également la part d'une participation dépressive ; une inquiétude concernant l'intégrité de l'intériorité et ses relations à la mère rivale et menaçante peut être retrouvée.

Consultation en couple

Il n'est pas rare de voir des couples d'adolescents consulter, souvent à propos d'un symptôme porté par l'un des deux partenaires, focalisant au niveau de la sexualité l'essentiel de leurs conflits menaçant l'équilibre de leur couple. Le couple est à entendre comme une dyade, un groupe couple ; le symptôme est l'expression d'une émergence dans l'interfantasmatisation inconsciente de l'appareil psychique de couple. On note, par exemple, des relais de symptômes d'un partenaire à l'autre, véritable symptôme à bascule. Ainsi l'amélioration d'un symptôme vaginique peut-elle révéler une impuissance masculine. Cela illustre encore l'importance du compromis névrotique dans le choix amoureux et dans la constitution du choix d'alliance.

Homosexualité

Dans l'homosexualité, l'identité de genre existe et correspond au sexe anatomique.

À l'adolescence, les conduites homosexuelles sont fréquentes, surtout dans des contextes de promiscuité institutionnelle les favorisant. Cependant, elles n'engagent pas encore le choix définitif d'objet amoureux. Elle prolonge la bisexualité constitutive, quel que soit le sexe, à une période de structuration de l'identité sexuelle.

Quelquefois, dans le cas où l'adolescent présentait, enfant, une dysharmonie d'évolution ou une psychose infantile, l'acte homosexuel pouvait témoigner d'une forme d'utilisation de la sexualité pour retrouver une identité primaire et colmater les failles narcissiques.

« Ainsi la bisexualité est l'apanage des structures névrotiques tandis que les autres sont régies par l'ambisexualité qui visent à rejeter la séparation, la "sexion", ce qui ne permet pas la "sexuation" du sujet. Ceci n'a rien à voir avec le sexe (au sens anatomique), ni avec l'utilisation effective de la sexualité (au sens génital strict) », comme l'a écrit F. Castagnet [7].

Cependant, l'homosexualité peut parfois se confirmer, en relation avec des particularités du développement psychosexuel de l'enfance, avec des problématiques d'identification à des parents ayant eux-mêmes vécus des difficultés dans la réalisation de leur identité de genre.

En conclusion, le plus souvent avec la crise narcissique de l'adolescence, on observe donc une régression de l'amour objectal et une réactivation des tendances homosexuelles. Mais, en règle générale, après l'adolescence, la relation objectale redevient de type hétérosexuelle.

Transsexualisme

Le transsexualisme se caractérise par la conviction inébranlable d'appartenir à un genre contraire au sexe anatomique, en

l'absence de toute anomalie morphologique, endocrinienne ou chromosomique.

R.J. Stoller en a défini une identité clinique et psychodynamique particulière. Il oppose le fonctionnement pervers du travesti à celui du transsexuel qui cherche sans plaisir sexuel, de façon aconflituelle, à rendre son identité conforme à ce qu'il croit être sa vraie nature. Cependant, depuis 2008 le transsexualisme ne doit plus être considéré comme une maladie mentale, ni figurer dans les classifications des pathologies psychiatriques.

Le garçon transsexuel s'est toujours senti féminin et a été le plus souvent un enfant transsexuel, rejetant de façon constante toute « malitudo », comme l'anamnèse le montre. C'est le « syndrome du garçon efféminé » décrit par R.J. Stoller [30]. Dès l'âge de 1 à 2 ans, l'enfant a un comportement féminin (gestes, préoccupation, modulation de la voix, façon d'uriner accroupi et de s'habiller comme une fille). Un éveil intellectuel et sensoriel, surtout tactile, particulièrement développé est décrit. Ce garçon est souvent le dernier né et frappe par sa beauté dès sa naissance.

R.J. Stoller montre que ces enfants sont dans une symbiose très particulière à leur mère, dans un corps à corps fusionnel pendant de longues années. La personnalité de ces mères est caractéristique : elles combrent le vide qu'elles ressentent par le contact avec le corps de leur enfant, dont elles retirent une grande jouissance. Une forte composante homosexuelle existe, les relations sexuelles et les échanges avec les hommes sont insatisfaisants. Les pères sont absents et ne cherchent pas à interrompre cette relation fusionnelle mère-enfant.

Cette symbiose mère-enfant est particulière, différente des symbioses qui sont dans le registre psychotique avec « double contrainte », et entrave l'individuation. L'enfant ne peut se séparer de la féminité maternelle et ne peut accéder à un statut de garçon. En effet, l'ensemble du corps du garçon est investi par la mère, au détriment de son pénis. Tout se joue avant la phase phallique et l'angoisse de castration, la conviction de l'enfant d'être une fille, sera donc aconflituelle.

Pour R.J. Stoller, le transsexualisme n'est ni une perversion impliquant un déni de castration, ni une psychose, car la conviction serait une illusion et non une construction délirante. Les conceptions de R.J. Stoller [30] qui ont fait avancer la clinique du transsexualisme, sont néanmoins critiquées.

Il est important de bien repérer la spécificité du transsexuel [9], qui consulte à l'âge adulte et pas dans l'enfance. La prise en charge consiste en une transformation hormonochirurgicale de la personne atteinte, dans le sens de sa conviction, avec la condition formelle que cette transformation physique s'accompagne sur le plan juridique d'un changement d'état civil.

Le transsexualisme est le plus souvent primaire. Quand il apparaît à l'âge adulte, il est dit secondaire, et se pose alors la problématique familiale par rapport aux enfants pouvant être nés d'un père qui n'était alors pas transsexuel.

Le transsexualisme féminin existe également, mais est beaucoup plus rare.

Déviation

Travestissement

Pour le garçon, l'identité de genre du travesti est bien masculine. Il ne doute pas d'être un garçon. Son développement sexuel et psychosexuel s'est effectué avec l'apparence de la normalité, jusqu'à la

puberté. Puis il se déguise en femme, souvent de façon caricaturale, pour être perçu par l'autre comme femme, tout en se sachant homme. Ce déguisement féminin est source d'excitation sexuelle permettant, presque exclusivement, l'orgasme.

Parfois, le travestissement se réduit au port d'un seul type de vêtement, véritable fétiche utilisé pour obtenir plaisir et satisfactions sexuelles. Le déni de castration se retrouve d'ailleurs tant dans le fétichisme que dans le travestissement, traduisant un mode de fonctionnement pervers. Il s'agit du déni de l'absence de pénis chez la femme. Le désir inconscient du travesti est celui d'être une femme phallique, évitant ainsi la menace de castration. R.J. Stoller [30] a montré l'importance de la bisexualité parentale dans le processus de psychosexualisation de l'enfant en décrivant le traumatisme subi par l'enfant, blessure à sa masculinité. Il s'agit d'une tentative de féminisation secondaire du garçon par sa mère ou des femmes de son entourage, notamment par le travestissement imposé dans l'enfance et qui va endommager sa masculinité jusqu'alors bien établie. Ce traumatisme provoque déni et cli-vage : l'adolescent, autrefois victime, met en acte le scénario qu'il a subi enfant.

R.J. Stoller considère que l'homologue féminin du travesti n'existe pas. Certaines femmes peuvent adopter l'habillement ou le comportement masculins, mais il n'y a pas de scénario pervers où l'autre est dupé sur l'identité sexuelle, avec affirmation et dévoilement au dernier moment du sexe anatomique, ni jouissance orgasmique de par la mise en acte de ce scénario.

Fétichisme

L'intérêt sexuel est polarisé sur des objets particuliers qui permettent seuls d'accéder à la jouissance, comme pour le travestissement. La problématique du déni de la castration renvoie aux perversions ou à des défenses perverses.

Winnicott a décrit des situations où l'objet transitionnel investi par l'enfant ne disparaît pas, mais se transforme en objet fétiche dans une relation particulière et proche mère-enfant.

Exhibitionnisme et voyeurisme

Ils correspondent plutôt chez l'adolescent à une interrogation identitaire.

Intersexualité avec ambiguïté génitale externe

C'est presque toujours bien avant l'adolescence que l'ambiguïté génitale est reconnue, mais la puberté réactualise alors pour l'adolescent un certain nombre de questions sur son identité sexuée et les possibilités de sa vie sexuelle. L'évolution dépend du suivi pendant l'enfance et nous rappellerons seulement quelques points [6].

L'enfant se sent appartenir à son sexe, bien avant la phase phallique, par la façon dont il est investi dans les interrelations précoces par les parents. L'évolution de l'intersexualité sera d'autant plus favorable qu'une identité sexuelle est « adoptée », investie psychiquement par les parents, dès les premières relations, avec certitude, cohérence et continuité, quel que soit le caryotype révélé ultérieurement. Les traitements et les décisions de transformations chirurgicales doivent prendre en compte ce sexe adopté par les parents et investi par l'enfant dès les premières relations. Cela prévaut sur tout autre facteur. L'intersexualité évoque chez l'autre

des figures fantasmatisques, construites avec les théories sexuelles infantiles, ainsi qu'un vécu d'« inquiétante étrangeté ».

Chacun, au travers des décisions qu'il est amené à prendre, rejoue sa position par rapport à la bisexualité, les modalités de son conflit œdipien et des conflits plus archaïques ; le travail transdisciplinaire – gynécologue, pédiatre, pédopsychiatre – est important afin de limiter les projections et rationalisations pouvant intervenir dans les choix des traitements (décisions hâtives de transformations chirurgicales pour répondre à la demande pressante des parents ou du social, par exemple). L'enfant intersexuel, puis l'adolescent ayant adopté un sexe, la décision prise par rapport à une réorientation sexuelle, une psychothérapie est fondamentale pour permettre une déculpabilisation et une identification à un sexe, avec deuil de l'ancien.

Un suivi thérapeutique familial est le plus souvent indispensable, les parents étant souvent plongés dans un mouvement dépressif important. Des angoisses profondes peuvent entraîner, par exemple, une séparation du couple, un arrêt des relations sexuelles vécues comme dangereuses, voire la conception d'un enfant de remplacement.

Maltraitements sexuelles

Abus sexuels intrafamiliaux

Les abus sexuels intrafamiliaux sont plus fréquents pendant la puberté et l'adolescence, en particulier l'inceste père-fille ou beau-père-fille ; l'inceste mère-fils reste beaucoup plus rare et s'intègre souvent dans des troubles du registre psychotique.

Tous les milieux socioculturels sont représentés. Nous aborderons d'abord la question de la révélation de l'inceste. Le plus souvent, l'adolescente ne peut pas parler de la violence innommable qu'elle a subie (celle-ci pouvant durer plusieurs années). Cette violence subie est donc exprimée par l'adolescente par des manifestations variées, souvent de façon peu spécifique : troubles fonctionnels divers, en particulier céphalées, douleurs abdominales ou troubles gynécologiques, accidents à répétition, fugues, échec scolaire et passages à l'acte suicidaire, anorexie, conduites toxicomaniaques, etc.

Devant ces manifestations non spécifiques masquant la réalité incestueuse, l'interlocuteur de l'adolescente doit penser à l'inceste, ce qui est difficile car les violences induisent des réactions de déni et de confusion. Quelques signes indicateurs doivent être recherchés et attirer l'attention : insistance des troubles, dessins ou histoires racontées exprimant des traumatismes sexuels et, surtout, particularités de la problématique familiale [27]. Ainsi certains fonctionnements familiaux peuvent-ils être évocateurs de risques :

- la répétition de carences et de maltraitements sur plusieurs générations ;
- des dénis familiaux, des délimitations générationnelles floues avec confusion des rôles des membres de la famille, en particulier des parents et des enfants ;
- dans les antécédents familiaux, un père absent pendant les premiers échanges interactifs avant 3 ans ou, au contraire, s'occupant trop des soins corporels du nourrisson et les érotisant. Ces troubles précoces de la parentalité peuvent favoriser une relation incestueuse ultérieurement [5] ;
- l'interlocuteur doit toujours envisager la possibilité de violences sexuelles réelles subies par l'adolescente et non pas

uniquement fantasmées (les numéros verts spécialisés dans l'écoute de la maltraitance sexuelle reçoivent de très nombreux appels, plusieurs centaines par jour, parmi lesquels il est parfois difficile de repérer des récits affabulant un roman familial avec des parents maltraitants et une situation de violence sexuelle effective). Si l'interlocuteur reste dans une écoute contenante, sans dénier la possibilité d'abus sexuels réels, l'adolescente peut se sentir autorisée à parler. Mais, le plus souvent, l'interlocuteur doit verbaliser la violence qu'il a comprise ou le doute qu'il perçoit pour que l'adolescente puisse révéler le secret dans lequel elle est enfermée.

Plus rarement, mais plus simplement, un dévoilement par une tierce personne (amie, membre de la famille, enseignant...) est à l'origine de la consultation. Dans tous les cas, une prise en charge à différents niveaux (médical, juridique, pédopsychiatrique, éducatif et social) nécessite un travail de réseau transdisciplinaire.

Après la révélation des maltraitements sexuels, le signalement doit être adressé, en premier lieu, au procureur de la République avec double à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) de l'aide sociale à l'enfance (ASE), ce qui est la règle pour les maltraitements sexuels susceptibles de sanctions pénales (à la différence des autres maltraitements où le signalement est d'abord envoyé à la CRIP selon la loi du 4 mars 2005). De plus, il convient de prendre toutes les mesures permettant de protéger l'adolescente et d'éviter les pressions qui peuvent être exercées par l'agresseur, d'autres membres de la famille ou de l'entourage pour la faire revenir sur ses révélations.

L'hospitalisation peut permettre d'éloigner l'adolescente de sa famille, les pédiatres et l'équipe soignante jouent alors un rôle très important pour permettre à l'adolescente de parler et d'élaborer son vécu et la protéger. Nous insistons sur plusieurs points qui doivent aider l'adolescente pendant son hospitalisation :

- l'importance de soutenir l'adolescente dans sa démarche. En effet, l'adolescente abusée se sent toujours à la merci de son agresseur ;
- permettre à l'adolescente de ne pas sombrer dans la honte et la culpabilité. Pour cela, il convient de verbaliser clairement que c'est l'adulte qui a transgressé l'interdit et qui est donc le seul agresseur et coupable ;

- l'adolescente ne doit pas se sentir accusée plus ou moins implicitement de séduction pour cause du passage à l'acte de l'agresseur, car cette situation est déjà arrivée à d'autres enfants qui ont été protégés. En outre, il est essentiel de lui assurer une protection effective et de lui expliquer les différentes démarches et soins qui auront lieu. Enfin, il convient de recevoir les parents séparément dans un premier temps.

Le fonctionnement familial est très pathologique, « dictatorial » [26, 27], et les faits sont le plus souvent niés par le père, la mère pouvant être dans la complicité active, ce qui est à évaluer. Notons la fréquente cécité passivement complice de la mère vis-à-vis de comportements incestueux répétés pendant plusieurs années et caractéristiques de dysfonctionnement de familles à transactions incestueuses.

Dans certains cas, les parents s'opposent à l'hospitalisation de leur fille ou veulent faire pression lors des visites pour qu'elle se rétracte. Les médecins doivent saisir immédiatement le procureur de la République qui peut ordonner le maintien de l'hospitalisation, la limitation des visites ou leur aménagement en présence de tiers (les procureurs assurent une astreinte pour les urgences et sont toujours joignables).

La réalité mixte

C'est le dernier état du virtuel. La réalité mixte est comparable à une machine qui aurait deux entrées et une seule sortie. On y entre des images d'objets réels comme des arbres ou des maisons, mais aussi des images d'objets virtuels qui n'existent pas, comme diverses catégories de monstres. Et, à la sortie, ces deux catégories d'images apparaissent aussi vraies les unes que les autres : ombres, reliefs et mouvements sont au rendez-vous. Le jeu *EyePet*⁽¹⁾, qui présente un animal virtuel dans l'environnement réel du joueur, tente d'exploiter ce principe. Il sera suivi par beaucoup d'autres...

Ni imaginaire, ni réel

Le virtuel n'est ni l'imaginaire, ni le réel au sens où nous l'entendons habituellement. La forme de relation qui y est mise en jeu est différente à la fois de la confrontation avec un interlocuteur réellement présent et de la relation imaginaire avec un interlocuteur rêvé. Dans une confrontation réelle, la mise en présence est matérielle et corporelle et les cinq sens sont impliqués. Nous pouvons voir, entendre et, lorsque les conventions sociales nous y autorisent, toucher les personnes avec lesquelles nous entrons en relation. Au contraire, lorsque nous imaginons un interlocuteur, nous n'avons avec lui aucun lien de sensorialité. Nous ne pouvons pas le voir avec nos yeux, ni l'entendre avec nos oreilles, ni le toucher avec nos mains. La relation virtuelle, elle, n'est ni réelle, ni imaginaire. Elle est une troisième forme de relation qui place l'usager à chaque moment devant un choix. Soit il considère les espaces virtuels comme un support de rêverie et de jeu ; soit il les considère comme un espace réel pouvant lui donner accès à de vraies relations, amicales, amoureuses, professionnelles ou financières. Tout y est donc affaire d'usage.

Le virtuel, anciens et nouveaux enjeux des images

Avec les technologies numériques, nous sommes passés d'un monde où les images des écrans étaient réalisées sur le mode indiciel (elles donnaient à voir le monde) à un autre où elles sont fabriquées sur le mode digital (elles construisent le/un monde). Du coup, il est clair que le modèle de l'image n'est plus le monde réel, mais la réalité intérieure, c'est-à-dire l'image psychique. Mais en a-t-il été un jour autrement ? D'un côté, la relation de l'homme aux espaces virtuels prolonge celle qu'il a toujours entretenue avec les autres formes d'images, de la peinture au cinéma en passant par la photographie. Mais d'un autre côté, elle crée une rupture complète avec ce qui précède. Envisageons successivement ces deux aspects.

« Dans » et « devant » les images

Tout homme s'engage dans la fabrication et/ou la consommation d'images parce que son corps est le premier dispositif d'images auquel il a affaire. Ce dispositif a deux grands moments

successifs : nous venons au monde dans les images avant de nous placer devant elles. C'est pourquoi ces deux mouvements sont les deux clefs complémentaires des relations de l'être humain à toutes les images qu'il a inventées, et probablement à toutes celles qu'il inventera encore [7].

D'abord, dans les premiers mois de la vie, un bébé dispose d'un moyen bien particulier pour résoudre ses états de frustration. C'est d'halluciner l'état de bien-être qui serait normalement le sien s'il obtenait en réalité la satisfaction qu'il attend. Ainsi, lorsque la tétée tarde à venir, un bébé est-il capable d'halluciner les sensations et les états du corps qu'elle lui procure habituellement. Il perçoit la chaleur du lait qui l'apaise et les bras de la mère qui le portent, alors que c'est lui qui en produit les images ! Sa posture est en cela très proche de celle du rêveur qui se sent faire partie du rêve qu'il produit lui-même. Il confond l'ensemble des sensations qu'il éprouve et les images qu'il se donne avec celles qu'il aurait si sa mère le prenait réellement dans ses bras, le nourrissait et lui parlait. Cette capacité d'hallucination à laquelle chacun renonce très vite est la première clef des relations des adultes aux images. Lorsque nous nous abandonnons à une image en nous laissant envahir par les diverses sensations qu'elle nous communique et que nous nous imaginons au cœur de l'action qu'elle représente, nous renouons avec cet état premier de bébé : nous « entrons » dans l'image et acceptons, provisoirement, de la confondre avec la réalité... exactement comme dans une hallucination.

Mais ce n'est là que l'une des deux clefs de nos relations aux images qui nous entourent, dont font aujourd'hui partie les espaces virtuels. Si toute image a pour vocation de renouer avec les pouvoirs de l'hallucination, le processus s'arrête en chemin car nos relations aux images sont nourries d'une autre forme d'expérience, qui trouve, elle aussi, son origine dans la petite enfance. Il s'agit du moment où le bébé accède à la distinction entre les images qu'il perçoit avec ses yeux en liaison avec des situations réelles et celles qu'il « voit » à l'intérieur de lui en imagination. Il passe d'une image qui est à la fois visuelle, sensorielle et motrice, et à l'intérieur de laquelle il est pris – comme c'est le cas dans l'hallucination –, à une représentation devant laquelle il se trouve.

Cette découverte est structurante. L'enfant renonce à l'hallucination primitive et se place devant ses images du dedans. Mais cette rupture crée en même temps en lui une immense nostalgie : l'homme aspire sa vie durant retrouver la possibilité de satisfaire sur un mode hallucinatoire des désirs que la réalité frustre, et d'autant plus que, s'il renonce aux satisfactions hallucinatoires la journée, il continue à les vivre la nuit dans ses rêves.

Voilà pourquoi l'homme désire depuis les origines créer un espace matériel qui reproduise les chimères et les libertés de ses premières hallucinations et de ses rêves. Mais en même temps, il désire que cet espace soit différent de celui de ses rêves par un point capital : qu'il puisse non seulement y entrer, mais aussi en sortir à tout moment. Il a ainsi successivement inventé la peinture, la perspective et le trompe-l'œil, puis la lanterne magique, la photographie, le cinéma, les technologies du virtuel et les hologrammes, en attendant de nouvelles « nouvelles technologies » dont nous n'avons encore aucune idée.

Mais en même temps, le virtuel est victime de sa réussite ! Il imite la réalité avec tant d'efficacité que beaucoup de nos contemporains sont saisis d'angoisse. Ils craignent d'entrer dans les nouvelles images sans plus pouvoir en sortir, comme on reste prisonnier d'un rêve ou d'une hallucination, incapables de retrouver le chemin de la réalité. Cette inquiétude est évidemment un

(1) *EyePet*, de Sony, sur PS3.

fantasme. Car aussi parfaites soient-elles, les illusions créées par l'homme le sont par des technologies. Il suffit alors de s'intéresser à la machine qui les produit pour sortir du rêve...

La où le virtuel fait seulement mieux

La ressemblance ne concerne pas seulement les contenus, mais aussi les processus. Les désirs d'entrer dans les images et d'y interagir comme avec nos images du dedans correspondent en effet aux deux formes d'opérations psychiques qui sont la condition de notre imagination : les *schèmes d'enveloppe* et les *schèmes de transformation* [7]. Ce sont ces schèmes, projetés sur les images matérielles qui nous entourent, qui sont à l'origine des pouvoirs que nous leur prêtons et de nos attentes à leur égard. Autrement dit, les pouvoirs que nous attendons des images sont le reflet des opérations psychiques de base qui nous permettent de penser nos images intérieures. Les schèmes d'enveloppe projetés sur les images environnantes font d'elles des *espaces d'illusion*, tandis que les schèmes de transformation projetés sur elles en font des *espaces de construction symbolique*.

Ces deux formes de schèmes sont activées à chaque fois que nous nous intéressons à une image, mais elles le sont encore plus dans le cas des espaces virtuels. Ceux-ci constituent en effet, bien mieux que le cinéma, la télévision, la peinture ou la photographie, des espaces dans lesquels il est possible d'entrer et d'interagir.

Les pouvoirs d'enveloppement des images

Les schèmes psychiques d'enveloppe projetés sur les images environnantes font d'elles des espaces d'illusion qui fonctionnent de trois façons complémentaires.

Tout d'abord, chaque image est constituée en un territoire dans lequel nous sommes invités à entrer pour l'explorer, un peu comme s'il avait le pouvoir de nous « contenir ». Ces mêmes pouvoirs sont également à l'origine de la capacité des images d'éveiller des expériences émotionnelles et sensorielles, comme si les objets représentés étaient présents en réalité. Toute image est en effet porteuse de l'illusion de « contenir » tout ou partie de ce qu'elle représente. Cette croyance – longtemps traitée par notre culture d'« animiste » ou de « fétichiste » – est pourtant fondatrice du rapport spontané que chaque humain noue avec les images et constitue un élément essentiel de la satisfaction qu'elles nous procurent. Il ne s'agit bien entendu pas d'une réalité physique : les images ne contiennent jamais « en réalité » – c'est-à-dire « pour de vrai » – une partie de ce qu'elles représentent. Mais ce désir est essentiel à prendre en compte pour comprendre les relations que nous entretenons avec elles. Enfin, – et c'est le troisième aspect du pouvoir d'enveloppement des images –, voir, c'est toujours « voir avec ». Autrement dit, à chaque fois que nous regardons une image, nous imaginons qu'elle est vue de la même manière par l'ensemble de ses spectateurs passés, présents et à venir. Cela fait d'elle une sorte de bain qui enveloppe en même temps tous ceux qui peuvent la regarder de telle façon que tous ont l'illusion d'en jouir ensemble.

Les pouvoirs de transformation des images

Les schèmes psychiques de transformation projetés sur les images environnantes font d'elles des espaces de construction symbolique. Alors que les pouvoirs d'enveloppement des images nous invitent à perdre tout repère, ils nous invitent en effet à en

construire. Ils ont également trois aspects complémentaires – qui sont, encore une fois, le reflet de nos opérations mentales. Tout d'abord, les images peuvent contribuer à modifier l'objet qu'elles figurent, que les sémiologues appellent leur « référent » : tel est par exemple le cas des images de synthèse qui servent de support à la création d'objets réels. Les images peuvent également contribuer à changer leur spectateur : c'est le principe de toutes les pédagogies en images, qu'elles soient axées sur la transformation de la personnalité ou sur celle des connaissances. Enfin, toute image constitue le point de départ d'une suite infinie d'images légèrement différentes et pourtant presque semblables. Ces transformations peuvent être dirigées par le spectateur, mais aussi engendrées par un dispositif qui transforme les images selon une logique qui échappe à tout contrôle. Cette éventualité est au cœur du désir d'en fabriquer parce qu'elle renoue avec la logique de nos images intérieures. Celles-ci ne cessent pas de se transformer, c'est pourquoi l'homme a toujours rêvé de fabriquer des images qui aient le pouvoir de se transformer toutes seules sous son regard. Là encore, ce n'est pas parce que les technologies actuelles se rapprochent de ce rêve – notamment dans les jeux vidéo – que celui-ci a commencé avec elles. C'est au contraire parce que ce rêve inspire la création de dispositifs d'images depuis le début que ceux d'aujourd'hui y parviennent mieux que ceux d'hier... et probablement moins bien que ceux de demain.

La où le virtuel innove totalement : être le spectateur de ses propres actions

Les espaces virtuels ne sont pas seulement une technologie qui invite à entrer dans les images et à y interagir mieux que toutes les précédentes. Ils permettent aussi à leurs utilisateurs, pour la première fois dans l'histoire des relations de l'homme aux images, de devenir le spectateur de leurs propres actions.

Ce serait en effet une grande erreur de croire qu'avec ces espaces, le bouleversement principal s'organise autour de l'abandon d'une position passive – qui serait celle du spectateur de cinéma ou de télévision – au profit d'une position active – qui serait celle de l'internaute. Ce n'est pas le passage de la passivité à l'activité qui est fondamental dans le passage de l'écran de télévision ou de cinéma à l'écran d'ordinateur, mais la capacité offerte à chacun de devenir le spectateur de ses propres actions. Cette caractéristique est essentielle dans la mesure où elle crée à la fois, dans les jeux vidéo notamment, un effet de fascination et un effet de prise de recul. Autrement dit, la possibilité d'être le spectateur de ses propres actions est à la fois le « poison » et le « contre-poison » des espaces virtuels. Tout y est affaire d'usage, et nous verrons combien cette compréhension est utile pour aider les joueurs de jeux vidéo qui développent des usages problématiques.

Le virtuel appauvrit-il l'imaginaire ?

Pour répondre correctement à cette question, il nous faut rappeler que le monde de l'imaginaire et celui des fantasmes sont souvent confondus. Ils renvoient pourtant à des réalités bien différentes.

Imaginaire et fantasmes

L'*imaginaire* est le monde des représentations que nous nous constituons, dans lequel nous pouvons nous déplacer et, surtout, dans lequel nous avons la possibilité d'opérer des transformations à notre guise. Nos rêveries en font partie, et nous aimons parfois nous promener dans nos paysages intérieurs. Et puis il arrive aussi que nous décidions de transformer notre environnement réel à la mesure de ces rêveries. Nos rêves se font projet... L'imaginaire est ainsi constitué d'espaces intérieurs où nous jouissons d'une certaine liberté et à partir desquels nous pouvons concevoir différemment notre monde environnant. C'est lui qui alimente la création dans tous les domaines. Pour cela, cet imaginaire fonctionne comme un pont entre les sensations et les états du corps que nous éprouvons, les images que nous nous formons et la création d'un objet dans la réalité, que celui-ci soit esthétique ou utilitaire.

Les *fantasmes* sont différents. Ce sont de petits scénarios, en général assez figés, qui réunissent quelques personnages dans une action, comme par exemple celle de séduire ou de maltraiter. Dans l'un de ses textes, Freud commente longuement le fantasme qu'il nomme : « On bat un enfant ». Il montre que les patients qui se représentent ce fantasme de manière insistante ont toujours tendance à s'imaginer à la même place, celle de l'enfant battu le plus souvent. Ils sont incapables d'« aller et venir » dans le fantasme. C'est souvent ainsi. La personne qui a un « fantasme » s'y donne toujours le même rôle. Autrement dit, dans le fantasme, le scénario est figé et l'on s'y sent prisonnier. Comme l'imaginaire, c'est un territoire intérieur mais, à la différence de ce qui se passe avec celui-ci, nous n'avons pas la liberté de nous y déplacer. Il constitue une sorte de prison. C'est pourquoi certains tentent de sortir des fantasmes qui les accaparent... en les réalisant. Mais c'est souvent une erreur dans la mesure où ces fantasmes doivent alors être réalisés de façon rigoureuse et que, dans l'impossibilité d'y parvenir, celui qui s'y essaie est condamné à une frustration toujours croissante.

En fait, ces fixations du fantasme ne correspondent pas à un désir que le sujet serait soulagé de réaliser, comme il est parfois tenté de le croire, mais à une fixation sur une situation passée dans laquelle l'une de ses attentes n'a pas été satisfaite. Un fantasme qui revient et insiste témoigne toujours d'un désir déçu et d'une attente de satisfaction qui n'est pas venue au bon moment. Pour prendre une métaphore, c'est en quelque sorte un monument ancien qui persiste dans notre paysage psychique présent. Ce monument a une histoire : il témoigne d'une construction psychique d'enfance à laquelle nous n'avons pas pu renoncer parce que la satisfaction attendue n'a jamais venue. Alors nous continuons à attendre... Bien entendu, avec le temps, le monument a beaucoup évolué, il a pu s'enrichir de constructions nouvelles de notre monde d'adulte. Mais le drame du fantasme est toujours le même. Quand nous essayons de le réaliser dans la réalité, nous sommes en général déçus parce que les conditions de l'enfance ne sont plus au rendez-vous ! Au contraire, travailler sur le fantasme en essayant d'en comprendre l'origine permet de le transformer en un territoire imaginaire qui alimente la création et le plaisir. On sort de sa prison.

Une image enrichit l'imaginaire... à condition de favoriser l'expression

Cette distinction permet de comprendre que les images n'apparaissent pas à l'imaginaire. Les effets des technologies numériques

sur les jeunes enfants sont même pensés de plus en plus en termes d'apprentissages précoces. Ainsi les jeux vidéo permettraient-ils d'acquérir une meilleure coordination œil-main, d'augmenter le QI visuel, d'apprendre à faire face à l'imprévisible et de se familiariser avec le travail en équipe – dans les jeux vidéo en réseau. Quant aux nouvelles formes de socialisation sur internet, elles permettraient aux jeunes d'apprendre très tôt la manière de se présenter la plus à même d'« accrocher » leur interlocuteur et leur apprendrait comment entretenir la bonne relation avec la personne dont ils ont besoin. Certains parlent à ce sujet de « capital social » susceptible de constituer un avantage dans nos sociétés futures [4].

Mais tout cela n'est vrai que si le spectateur est invité à transformer mentalement tout ce qui lui arrive et à en faire la matière première de ses constructions personnelles. Or, pour cela, il faut du temps ! Et la première machine à produire du virtuel à laquelle le jeune enfant est confronté ne lui en laisse guère le temps : c'est la télévision.

Le problème de la réduction du temps de jeu

La généralisation des écrans liée aux technologies numériques a créé une situation inédite. Beaucoup d'enfants semblent ne plus savoir jouer. Ils s'ennuient dès qu'on éteint la télévision ou qu'on leur retire leur console de jeu. La faute à qui ? Ils n'ont pas appris à jouer parce qu'on ne leur en a pas laissé le temps. Tous les spécialistes de la petite enfance s'accordent sur un point : le bébé a besoin de temps pour jouer ou, plus précisément, pour apprendre à jouer. Car si l'enfant est naturellement porté au jeu, cette capacité a besoin, comme beaucoup d'autres, d'être exploitée au bon moment pour se mettre en place correctement. Il y a un temps pour apprendre à parler, un temps pour apprendre à marcher et un temps pour apprendre à jouer, et ce temps doit engager tous les sens. À défaut, les capacités d'invention, de création, d'humour et d'imagination en sont durablement réduites.

Hélas, les enfants sont aujourd'hui de plus en plus privés de ce moment formateur. Dès l'âge de 2 ans, on les partage entre les apprentissages scolaires d'un côté et la télévision de l'autre. Or la télévision n'est pas un jeu, mais un spectacle.

D'ailleurs, depuis 1999, l'American Academy of Pediatrics déconseille de mettre les enfants de moins de 2 ans devant la télévision et demande que les plus grands n'y soient pas exposés plus de 2 heures par jour [1]. Et pour cause ! La télévision retarde le langage [12], favorise les surpoids les années suivantes [2] et entrave le développement, même en « bruit de fond » [5]. En plus, sous son influence, les enfants ont de plus en plus tendance à s'enfermer dans des schémas mentaux rigides où ils ne se perçoivent que dans un seul rôle : toujours agresseur, toujours victime ou toujours redresseur de tort [11]. Et le danger est qu'ils adoptent systématiquement la même attitude dans la réalité. Ils s'enferment alors dans la prison de comportements qui s'autorenforcent.

Malheureusement, les pouvoirs publics ne s'inquiètent que de ceux qui ont tendance à s'enkystrer dans un profil agressif. Ils parlent même de mettre en place des programmes de « dépistage précoce », d'injonction thérapeutique, voire de chimiothérapie à leurs encontre. Mais les enfants qui s'identifient exclusivement aux victimes ne sont pas moins préoccupants que ceux qui s'identifient précocement aux agresseurs ! Il faut permettre aux uns et

EXAMEN CLINIQUE EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

13 —

Christian MILLE et Viorica CELACU

Les entretiens d'évaluation clinique en pédopsychiatrie constituent toujours un temps décisif dont découlent et dépendent les orientations et l'alliance thérapeutiques. Leur déroulement, certes bien difficile à codifier, varie selon la formation, l'expérience, la personnalité et les options théoriques du praticien. Pourtant, au-delà des divergences potentielles au plan technique, chacun s'accorde à reconnaître l'importance particulière de la première consultation sollicitée par des adultes questionnés dans leur fonction parentale, pour un enfant qui en saisit forcément mal les enjeux. Quelle que soit la singularité de chaque examen, la dimension intersubjective occupe une place prévalente. Le recueil des signes témoignant d'un dysfonctionnement ou d'une souffrance psychique de l'enfant passe par l'établissement, l'aménagement et l'analyse de la relation entre les différents participants. La communication qui s'instaure permet de préciser les symptômes incriminés, d'apprécier leur évolution et leur retentissement, mais aussi d'entrevoir la nature des interactions familiales qui ont pu en favoriser l'expression ; elle permet surtout d'aller au-delà des plaintes manifestes et d'avoir accès aux multiples aspects caractérisant le développement et l'organisation mentale de l'enfant en lien étroit avec les attentes et les réponses de son entourage. Les renseignements réunis, les impressions dégagées constituent une trame forcément incomplète, mais où se dessinent les lignes directrices de l'approche psychopathologique ; cette approche ébauchée lors des entretiens d'évaluation est enrichie par l'avis d'autres intervenants et se poursuit tout au long de la prise en charge. Le recours à des critères d'évaluation plus objectifs ou plus ciblés peut utilement compléter l'investigation clinique. Les éléments pronostiques, toujours révisables, dépendent de la gravité des dysfonctionnements mis en évidence, mais également de l'ajustement et de la continuité des soins ; c'est dire l'enjeu de certains entretiens où doit s'opérer une sensibilisation suffisante des parents aux contraintes qui pèsent sur la vie psychique de leur enfant pour que soient comprises, rapidement mises en œuvre et soutenues durablement les mesures thérapeutiques qui s'imposent.

Spécificité de l'examen clinique en psychiatrie de l'enfant

L'un des caractères particuliers de cet examen tient d'abord au fait qu'il est réalisé à la demande des parents se plaignant ou

s'inquiétant des difficultés rencontrées avec un enfant qu'ils ont généralement peu associé à leur démarche. L'enfant, mal informé du sens de la consultation, se mêle naturellement de cet adulte devant lequel il est amené à « comparaître ». Les circonstances préalables à l'entrevue ne sont donc pas sans incidence ; elles guident le praticien dans sa manière de présenter et d'organiser les différents temps utiles à l'appréhension de la situation clinique.

Circonstances préalables d'un examen

La prise de rendez-vous est souvent différée malgré l'inquiétude sourde ou la gêne occasionnée par les symptômes. L'intervention d'un tiers est souvent décisive : le regard « extérieur » de l'enseignant (40 p. 100 des cas), d'un proche (20 p. 100) ou du médecin (18 p. 100) sert souvent de révélateur fixant les préoccupations confuses, à moins que la réticence ne soit finalement vaincue par la pression exercée par divers professionnels du champ médico-social ou scolaire. Il semble cependant que les nouvelles générations de parents, probablement influencées par les médias, acceptent plus facilement l'idée que les difficultés de l'enfant puissent être d'ordre psychologique. Selon les circonstances, l'accent est mis sur des difficultés au plan de la réussite ou de l'intégration à l'école, sur un retard d'acquisition ou des troubles du comportement, sur des manifestations somatiques inexplicables ou des agirs intempestifs... Les motivations énoncées d'emblée ne témoignent que bien imparfaitement de la complexité des motivations latentes.

L'implication de chacun des parents est très variable, mais sont souvent représentées au sein du couple différentes positions allant de la méconnaissance à la dramatisation des troubles, du déni à leur majoration plus ou moins délibérée.

Le choix du lieu de consultation n'est pas neutre ; la distance, le cadre public ou privé, les modalités de prise en charge financière sont autant de paramètres qui interviennent de manière volontiers inattendue.

La préparation de l'enfant est souvent négligée ; mais l'« oubli » comme les propos maladroits ou menaçants sont en rapport avec l'ambivalence et les incertitudes qui entourent ce recours au savoir psychiatrique.

Premier contact et présentation

Avant que ne se décident les modalités concrètes qui permettront d'entendre les parents et de faire connaissance avec l'enfant, il importe qu'une présentation réciproque ait lieu. Le consultant s'adresse à l'enfant pour expliciter les motifs justifiant cet entretien, l'informer sur son déroulement habituel.

Différents cas de figures sont possibles dans la séquence en fonction des préférences du clinicien, de l'âge de l'enfant, de sa tolérance à la séparation et des particularités du contexte familial.

L'absence encore fréquente du père au premier entretien est souvent excusée de multiples façons, mais il est essentiel de l'invisibiliser et d'insister sur l'importance que l'on accorde à cette entrevue.

Entretien avec les parents

Relation parents-consultant

Les parents viennent consulter pour un enfant dont les problèmes n'ont pu être résolus grâce à leurs seules qualités éducatives ; ils doivent faire appel à un tiers, supposé plus compétent et qui est naturellement le support de multiples projections. Cette démarche ravive des sentiments d'incomplétude et de culpabilité, elle est coûteuse narcissiquement et exacerbe l'ambivalence inhérente à la fonction parentale ; elle mobilise, au-delà des fantasmes « œdipiens », des angoisses de niveau plus archaïque. Le consultant est potentiellement situé en position « surmoïque » : il est alors vécu comme celui qui risque de pointer les insuffisances ou les erreurs ; élevé au rang de parent idéal, il est institué dans un rôle de modèle à imiter ; soupçonné de vouloir établir une relation exclusive avec l'enfant, il devient un rival à écarter ; incarnation de la toute-puissance, il est l'objet de craintes ou d'attaques envieuses... Ces mouvements affectifs, en grande partie inconscients, ne s'expriment pas directement ; ils sous-tendent les propos défensifs, les mises en accusation des enseignants, les demandes de conseil ; ils affluent parfois à l'occasion d'une question ou lorsque le consultant s'apprête à voir l'enfant seul ; ils infiltrent toujours les théories explicatives que les parents se sont habituellement forgées pour donner sens aux difficultés de l'enfant.

En retour, le consultant, tantôt flatté ou déflé, mis en cause ou tenu à distance, est renuqué par la teneur explicite et implicite de l'échange ; il peut être incité à prendre le parti des parents en détresse et à compatir avec eux ; il peut, à l'inverse, être surpris par le désir pressant de plaider en faveur d'un enfant accablé de reproches ou décrit de manière radicalement négative. Cette sollicitation est inévitable ; il arrive certes qu'elle déclenche une émotion trop vive mais, le plus souvent, le praticien peut s'appuyer sur ce jeu d'identifications croisées pour mieux comprendre comment se définissent les places et les rôles de chacun ; sensible à la complexité des interrelations familiales, il refusera les explications hâtives et saura prendre le temps nécessaire pour aller au-delà des impressions premières. Cette attitude nuancée, ce respect des aménagements défensifs, ce souci d'établir une alliance de travail permettent généralement de rendre tolérable l'indispensable questionnement suscité par l'entretien.

Étude sémiologique

Elle s'effectue tout au long de la consultation et ne porte pas seulement sur ce qui fait symptôme pour les parents ; elle suppose

une vigilance aux différents registres d'expression de la souffrance d'un enfant. Les troubles du comportement, les perturbations des conduites alimentaires ou sphinctériennes sont plus facilement signalées que les manifestations plus discrètes d'anxiété, d'humeur dépressive ou de rupture du contact. L'hyperactivité ou les perturbations des fonctions instrumentales se révèlent surtout au moment où l'enfant est confronté aux exigences du milieu scolaire...

Cependant, il convient toujours de prendre en compte les symptômes qui gênent ou inquiètent les parents, même s'ils paraissent a priori moins alarmants que d'autres difficultés étonnamment sous-estimées ou ignorées ; l'investigation soignée du clinicien sera non seulement ressentie comme une marque d'intérêt pour leurs préoccupations, mais elle fournira toujours des indices précieux sur la valeur symbolique de ces symptômes dans l'histoire familiale.

L'analyse sémiologique s'attache à la description de la symptomatologie actuelle dont sont précisés les caractères, l'évolution, les éventuels facteurs déclenchants ou apaisants, les conséquences sur l'enfant et l'entourage ; elle restitue cette symptomatologie dans une perspective temporelle et dans une trame relationnelle élargie, tout en ouvrant la voie à l'approche psychopathologique.

Ce recueil d'informations ne saurait cependant occuper une place trop centrale dans l'entretien ; l'enfant doit être secondairement dégagé de ce point de vue réducteur pour apparaître dans l'ensemble des dimensions qui le caractérisent actuellement et dans celles qui contribuent à assurer sa singularité depuis sa naissance, ce qui implique que puissent être retracés les temps forts de son développement et évoqués les événements qui ont marqué son histoire et celle de sa famille.

Portrait actuel de l'enfant

Il est toujours intéressant d'inviter les parents à esquisser à grands traits le profil général de l'enfant. C'est l'occasion pour eux d'insister sur les qualités qu'ils lui reconnaissent, sur les défauts qu'ils combattent, sur les ressemblances qu'ils ont décelées... Ils peuvent ainsi faire part de la connaissance qu'ils ont de ses goûts, de ses réactions, de ses intérêts, de ses jeux et de ses relations. Ils révèlent l'importance qu'ils accordent aux manifestations d'autonomie ou d'attachement, aux activités scolaires et aux loisirs. À travers cette description informelle, et grâce aux précisions fournies à la demande du consultant, une certaine représentation de l'enfant se dégage ; on saura mieux comment il affronte la solitude et la séparation, quel type de relation il cherche à entretenir avec chacun de ses parents, quelle place il prend dans la fratrie ou parmi ses camarades, quelle attitude il adopte face aux adultes étrangers à la famille...

La richesse des détails, la finesse des remarques, la qualité de l'émotion témoignent de l'investissement dont bénéficie l'enfant ; à l'opposé, l'énumération vague de quelques traits de caractère, présentés comme des reproches, indique une impossibilité à s'identifier à l'enfant et à s'intéresser aux divers aspects de sa personnalité.

Il existe parfois un contraste saisissant entre le tableau brossé par les parents et l'image que l'enfant donne de lui-même dans le cadre de la consultation ; lorsqu'il assiste à l'entretien où il est question de ses symptômes, de ses traits distinctifs, de son histoire, la manière dont il réagit est toujours éclairante ; il peut en effet intervenir directement, modifier son jeu ou brouiller durablement la conversation. Les réponses des parents, les regards qu'ils

remise en circulation des affects et des représentations ont, dans certains cas heureux, un effet salutaire sur les symptômes. Les organisations pathologiques plus durables de la personnalité ne se laissent pas aussi facilement vaincre, mais les premières consultations préparent utilement les bases de l'alliance thérapeutique toujours nécessaire à la mise en œuvre de la prise en charge ultérieure.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDRONIKOF A, LEMMEL G. Examen psychologique de l'enfant : approche clinique des processus mentaux. *Encycl Méd Chir (Paris), Psychiatrie/pédopsychiatrie*, 37-200-E-30, 2003, 20 pages.
2. BIRRAUX A. L'entretien et sa dynamique à l'adolescence. *In* : C Cyssou. *L'entretien en clinique*, Paris, In Press, 2003 ; 289-301.
3. BRUN D. Du discours sur l'enfant au discours de l'enfant. *In* : C Cyssou. *L'entretien en clinique*, Paris, In Press, 2003 ; 281-287.
4. BURSTEIN C. Classification diagnostique. *In* : D Houzel, M Emmanuelli, F Moggio. *Dictionnaire de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF, 2000 : 117-120.
5. Classification diagnostique de 0 à 3 ans. *Devenir*, 1998, 10, 165 pages.
6. CONSTANT J, COMITI F. Modèles d'examen psychiatrique de l'enfant. *Encycl Méd Chir (Paris), Psychiatrie*, 1993, 37-200-B-40 : 1-8.
7. CONSTANT J, COMITI F, AMOUR JP. La consultation médicale en psychiatrie infanto-juvénile. Paris, Doin, 1983, 289 pages.
8. DEBRAY R. Autour du nourrisson. *In* : C Cyssou. *L'entretien en clinique*. Paris, In Press, 2003 : 273-280.
9. DIATKINE R. Introduction à la théorie psychanalytique de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. *In* : S Lebovici, R Diatkine, M Soulé. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF, 1985 : 69-119.
10. DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, Masson, 1996, 1 008 pages.
11. DUGAS M, VELIN J, MOUREN MC et al. L'examen en psychiatrie de l'enfant. *Encycl Méd Chir (Paris), Pédiatrie*, 1983, 4101-E10 : 1-10.
12. EXPERTISE COLLECTIVE. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Synthèse et recommandations. Paris, Inserm, 2002.
13. HOUZEL D. L'examen psychiatrique. *In* : S Lebovici, R Diatkine, M Soulé. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF, 1985 : 351-364.
14. KREISLER L. Sémiologie et classification en psychiatrie du très jeune enfant. *In* : S Lebovici, F Weil-Halpern. *Psychopathologie du bébé*. Paris, PUF, 1989 : 324-340.
15. LEBOVICI S. La psychiatrie du nourrisson et la pathologie des interactions précoces. *In* : S Lebovici, F Weil-Halpern. *Psychopathologie du bébé*. Paris, PUF, 1989 : 317-321.
16. MARCELLI D. L'examen de l'enfant. *In* : D Marcelli. *Enfance et psychopathologie*, 5^e éd. Paris, Masson, 1996 : 68-83.
17. MARCELLI D. Entretien avec l'adolescent et son évaluation. *Encycl Méd Chir (Paris), Psychiatrie*, 1999, 37-213-A10 : 1-9.
18. MAZET P, BRACONNIER A. Adolescence et examen de l'adolescent. *Encycl Méd Chir (Paris), Psychiatrie*, 1979, 37-102-E10 : 1-11.
19. MAZET P, SIBERTIN BLANC D. L'examen psychiatrique de l'enfant. *Encycl Méd Chir (Paris), Psychiatrie*, 1982, 37-102-C10 : 1-12.
20. MAZET P, STOLERU S. Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, développement des interactions précoces, 3^e éd. Paris, Masson, 2003, 445 pages.
21. MILLE C. Histoire des classifications et perspectives nouvelles. La lettre du Grape-Revue de l'enfance et de l'adolescence, 2001, 91-97.
22. MILLE C. Évolution des formes psychopathologiques et des modalités d'accès aux soins, *L'Information psychiatrique*, 2003, 79 : 675-682.
23. MISES R, QUEMADA N. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Classification internationale des troubles mentaux et du comportement, 3^e éd. Paris, C.T.N.E.R.H.I., 1993, 237 pages.
24. RÉAL I, MORO MR. La consultation transculturelle d'Avicenne (Bobigny, France). Un dispositif métissé à géométrie variable. *In* : MR Moro, Q De la Noë, Y Mouchenik. *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Travail clinique, travail social. Paris, La Pensée sauvage, 2004 : 217-237.
25. RICHARD F. L'entretien clinique avec les pathologies de l'agir. *In* : C Cyssou. *L'entretien en clinique*. Paris, In Press, 2003 : 211-218.
26. YOUNG G. Entretiens diagnostiques structurés pour enfants et adolescents. Paris, PUF, 1994, 262 pages.

— 14 EXAMEN PSYCHOLOGIQUE. TESTS PROJECTIFS

Nicole JEAMMET

Originalité de l'investigation psychologique

Méthodes

Trouver des méthodes pour résoudre les problèmes qui se posent, tel est bien l'enjeu de l'examen psychologique de l'enfant qui, dans un cadre médicopsychologique, complète l'examen psychiatrique ou, plus largement, pédiatrique.

Les méthodes servent à mesurer les performances intellectuelles et scolaires d'un enfant ainsi qu'à apprécier ses capacités fantasmatiques. On court alors le risque d'isoler certains aspects de l'enfant en ignorant, d'une part, la globalité de son fonctionnement à un moment donné de son histoire et, d'autre part, sa dynamique propre dans un temps en évolution. La gageure consiste donc à mesurer et à apprécier sans figer, sans épingler. Deux points de vue peuvent alors s'affronter. L'un voit dans cette souplesse un risque de non-scientificité, en tout cas quelque chose d'incompatible avec l'idée même de mesure. Les tenants de cette position s'attacheront à des résultats quantitatifs et statiques. L'autre, à l'inverse, refuse tout ou partie des outils d'investigation, constitués essentiellement par les tests, pour privilégier ce qui se passe dans la relation vivante de l'entretien avec l'enfant. Ici, l'expérience personnelle et l'analyse de son propre ressenti (*insight*) permettent de saisir « en direct » le fonctionnement d'un enfant, sans risquer la lourdeur et la réification que feraient courir les tests.

Cette position est celle de Colette Chiland : « Avant d'aborder les [tests] projectifs chez l'enfant pour concourir au diagnostic, il faudrait avoir une connaissance approfondie de la psychopathologie de l'enfant. Mais peut-être alors n'apparaîtraient-ils plus utiles ? Ce qui est la position d'un certain nombre de psychiatres d'enfants de formation psychanalytique qui préfèrent se servir du dessin et du jeu pour explorer plus directement la relation que l'enfant est capable de nouer, et la qualité des défenses qui s'élaborent en réponse associative aux interventions faites à propos du matériel de l'enfant. »

En fait, plus les connaissances en psychopathologie sont grandes, plus les tests – projectifs surtout – peuvent enrichir de façon irremplaçable l'examen psychologique et être alors complémentaires de l'entretien. Plus encore, les outils ne valent que par la capacité du psychologue ou du psychiatre à les utiliser...

Implication du psychologue

Quel que soit le mode d'examen choisi, il importe de souligner l'importance des qualités d'empathie de l'examineur. Cela est évidemment au premier plan dans l'entretien ou les tests de personnalité, mais également dans les tests de niveau où l'intérêt n'est pas seulement de calculer un quotient intellectuel (QI), mais de comprendre la façon dont un enfant utilise ou non ses potentialités, comment il le fait, ou en fonction de quoi il s'en empêche. Pour cela, il faut se mettre à la place de l'enfant, autrement dit faire preuve d'empathie. Cette capacité de l'examineur n'est pas seulement affaire de savoir ; il s'agit de pouvoir se laisser aller à ressentir ce que ressent l'enfant – donc de travailler avec ses propres affects –, à la condition toutefois de ne pas être débordé et piégé par eux. En effet, le danger reste toujours de prêter à l'autre ses propres manières de vivre les angoisses ou les conflits.

La première nécessité pour le psychologue est donc de réaliser un travail sur lui-même, lui permettant un recul suffisant sur sa problématique personnelle. L'originalité consiste ici à utiliser son fonctionnement mental pour comprendre celui d'autrui.

Formation à la psychopathologie

La formation à la connaissance et à la pratique psychopathologiques nécessite deux conditions.

Le psychologue doit posséder une certaine *maîtrise de sa vie affective*, voire, chaque fois que cela est possible, une expérience de son propre inconscient (ce qui renvoie à la pratique d'une psychanalyse personnelle). Cela n'exclut pas un apprentissage rigoureux des techniques psychologiques.

D'autre part, le psychologue doit pouvoir faire référence à certains *modèles théoriques* qui permettront de donner sens et signification à ce que l'enfant donne à voir dans le cadre de l'entretien clinique et aux résultats des tests effectués. Les références théoriques peuvent varier selon le type de test pratiqué. Généralement, la référence psychanalytique est utilisée pour les tests projectifs : pour les tests de niveau, elle doit être complétée par les théories du développement cognitif, notamment piagériennes.

Principales modalités

Les modalités d'examen psychologique les plus fréquemment utilisées chez l'enfant sont l'entretien, les tests de niveau, les tests de

personnalité. Nous exposerons pour chacune les grandes lignes théoriques concernant leur mode d'application, leur dépouillement et leur choix.

Entretien

Une consultation avec un enfant est toujours, ou presque, demandée par des adultes (parents, maître, médecin, etc.). L'enfant, quel que soit son âge, vient donc accompagné. Il est bien sûr souhaitable que les deux parents viennent. Mais le plus fréquemment, la mère vient seule à la première consultation. Il est alors classique de procéder en trois temps : entretien avec le ou les parents, entretien avec l'enfant, synthèse qui réunit parents et enfant.

Entretien avec les parents

Il a pour but de faire préciser des éléments anamnestiques qui donneront sens aux symptômes ayant motivé la consultation. Ces données anamnestiques n'ont d'intérêt que replacées dans la dynamique du discours parental. Il ne peut en aucun cas s'agir d'un recueil impersonnel de dates ou d'éléments isolés de la vie de la famille ou de l'enfant.

Cet entretien suit plusieurs lignes directrices. Il importe d'abord de souligner l'imbrication dynamique des problématiques des parents et de l'enfant. Dans le récit de l'histoire des parents, tissée de multiples interactions, peut être décrypté un mode de relation prévalent particulier, qui apparaît alors comme la clef des comportements et des modes d'être des parents entre eux et avec l'enfant. Il ne s'agit pas de savoir, par exemple, si une mère a désiré ou non son enfant, mais à quoi la renvoie un refus ou un éventuel besoin incoercible d'enfant. « L'important n'est pas de constater un manque de fiabilité chez une telle mère, mais de comprendre pourquoi cette mère s'est construite sur ce "mode relationnel" et défensif. Autant de questions complexes, auxquelles il faut répondre si on veut essayer de comprendre ce qui va se jouer entre telle mère et tel enfant, car ce ne sont ni les traits caractériels ou comportementaux, ni les événements, qui sont importants isolément, mais ce à quoi ils renvoient dans l'histoire de la mère, à quels fantasmes ils sont associés et de quelle façon. »

Autrement dit, l'histoire parentale modèle un certain type de relation, qu'il est important de cerner. En effet, c'est à l'intérieur de la vie psychique de ses parents, faite de réseaux de sens directement liés à leur histoire, que l'enfant trouve ses premiers relais et modèles psychiques.

Si l'on peut comprendre que les troubles psychiques ou comportementaux d'un enfant soient en rapport avec des modes relationnels inadéquats à l'intérieur de la dyade mère-enfant, elle-même portée par les relations au sein du couple, il faut se garder absolument de faire de l'entretien avec les parents sur une consultation qui leur est destinée. Les parents ne sont pas venus pour aborder leurs problèmes personnels ; la plupart du temps, ils n'ont d'ailleurs pas du tout conscience d'avoir des difficultés affectives. Le risque est qu'ils puissent se sentir en position d'accusés, ce qui ne peut que renforcer l'ambivalence vis-à-vis du clinicien et, ce qui est encore plus dommageable, vis-à-vis de tout ce que celui-ci pourra conseiller pour aider l'enfant.

Il faut donc éviter toute intrusion interprétative et garder à l'esprit que les renseignements concernant l'histoire des parents sont indispensables à la compréhension de ce que vit actuellement

l'enfant, mais ne peuvent en aucun cas être utilisés directement dans une démarche immédiate de mise en question des parents. S'il y a mise en question, celle-ci ne pourra qu'émerger lentement et venir des parents eux-mêmes. Cela est important à souligner car il arrive que des équipes exigent la prise en charge psychothérapique des parents en plus de celle de l'enfant. Des attitudes rigides et intransigeantes de ce type risquent de saper les fragiles alliances qui peuvent se nouer avec des parents, à qui on ne laisse pas le temps de faire le chemin eux-mêmes, à leur façon et à leur rythme.

En résumé, cet entretien a pour but :

- de situer l'enfant dans l'histoire familiale. Cela inclut son développement, ses éventuelles maladies et hospitalisations ou placements, sa scolarité, les événements familiaux marquants, etc. ;
- d'apprécier, à la fois dans le transfert et dans ce que les parents en racontent, les modes de relation qui président aux échanges avec l'enfant.

Entretien avec l'enfant

L'entretien avec l'enfant est un moment privilégié d'observation. Comment cet enfant se présente-t-il ? Accepte-t-il de rester seul avec un étranger dans la pièce ? Va-t-il réagir par le retrait, l'instabilité motrice, etc. ? Correspond-il ou non à la description qu'en avaient faite les parents ?

Bien sûr, l'âge de l'enfant est le premier critère à prendre en compte. Un enfant très jeune s'exprime plus facilement dans des jeux ou des dessins que par la parole. Et c'est tout l'art du clinicien d'accompagner l'enfant dans la communication avec lui, en le soutenant dans des jeux de rôle ou dans une histoire racontée à partir d'un dessin, en sachant respecter un silence, poser les vraies questions quant aux motivations de la consultation, changer de registre, rassurer, etc. Cela permet, in fine, de mieux saisir la nature et l'importance des conflits intrapsychiques et d'ajuster une réponse thérapeutique.

Entretien parents-enfant

Quand parents, enfant et clinicien se retrouvent, les premiers attendent ce qu'ils vivent comme une sorte de verdict à la question lancinante quoique informulée : « mon enfant est-il fou ? ». Que le diagnostic apparaisse ou non sévère dans un premier temps, il importe de ne pas faire de cet entretien un moment d'étiquetage définitif, même si c'est ce que souhaitent d'une certaine façon les parents, qui veulent être « fixés ».

Si ce premier entretien permet généralement de situer l'enfant dans un certain champ de la pathologie, il est cependant souvent utile de recourir à des tests psychologiques afin de mieux comprendre son fonctionnement mental. Parfois, ces tests peuvent être réalisés au cours d'un temps d'observation dans de petits groupes (hôpital de jour, centre d'action thérapeutique à temps partiel, etc.), qui permettent d'apprécier les capacités adaptatives de l'enfant à un milieu nouveau ainsi que ses facultés d'intégration au groupe et ses modalités relationnelles avec ses pairs ainsi qu'avec l'adulte animant le groupe.

De toute façon, il reste fondamental d'envisager l'enfant dans une perspective évolutive, en appréciant non seulement ses blocages et ses déficits, mais aussi ses potentialités et les secteurs de son fonctionnement mental qui sont les plus évolués.

10. GUILLERY-GIRARD B, MARTINS S, EUSTACHE F. Acquisitions de connaissances sémantiques : le cas particulier de l'enfant. *In* : S Adam, P Allain, G Aubin, F Coyette. *Actualités en rééducation neuropsychologique : études de cas*. Marseille, Solal, 2009 : 227-243.
11. HAPPÉ F, FRITH U. The weak coherence account : detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 2006, 36 : 5-25.
12. KORKMAN M. *Batterie neuropsychologique pour enfants*. Paris, ECPA, 2003.
13. MARCAGGI G, BON L, EUSTACHE F et al. La mémoire dans l'autisme : quarante ans après. *Rev Neuropsychol*, 2010, 2 : 1-10.
14. MAZEAU M. *Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant*, 2^e éd., Paris, Masson, 2008, 281 pages.
15. NOËL MP. Bilan neuropsychologique de l'enfant. Liège, Mardaga, 2007, 320 pages.
16. O'RIORDAN M, PLAISTED K. Enhanced discrimination in autism. *QJ Exp Psychol A*, 2001, 54 : 961-979.
17. VAN DER LINDEN M, DANION JM, AGNIEL A. La psychopathologie : une approche cognitive et neuropsychologique. Marseille, Solal, 2000, 389 pages.
18. VAN DER LINDEN M, MEULEMENS T, SERON X et al. L'évaluation des fonctions exécutives. *In* : X Seron, M Van der Linden. *Traité de neuropsychologie clinique*. Marseille, Solal, 2000 : 275-300.
19. WILSON BA, BADDELEY AB, EVANS J, SHIELD A. Errorless learning in the rehabilitation of memory impaired people. *Neuropsychol Rehab*, 1994, 4 : 307-326.

DU BILAN PSYCHOMOTEUR AU BILAN SENSORIMOTEUR

Enrichissement de la compréhension du développement de l'enfant

16 —

Anja KLOECKNER, Dorota CHADZYNSKI,
Évelyne CAMARET NINU et André BULLINGER

Les approches psychomotrice et sensorimotrice sont complémentaires et s'enracinent dans des bases théoriques communes apportées par des auteurs comme J. de Ajuriaguerra [1], H. Wallon [14] et J. Piaget [9]. Leur application clinique concerne cependant des niveaux du développement différents que nous allons présenter.

La psychomotricité se situe au carrefour de diverses disciplines appartenant aux sciences fondamentales comme la neurologie, la physiologie, l'anatomie, la psychologie, la pédagogie, la psychanalyse... La psychomotricité cherche à favoriser le développement psychomoteur et à pallier les dysharmonies des fonctions motrices et de communication. Elle représente l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques.

La spécificité du psychomotricien réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations ainsi que dans l'établissement d'un dialogue corporel. Son intervention se situe au niveau de l'unité de la personne et cherche à modifier l'attitude de celle-ci par rapport à son corps pour tenter d'établir, de rétablir, de maintenir et d'enrichir les rapports de l'individu avec lui-même, avec autrui et avec son environnement.

La psychomotricité intervient comme une approche du vécu du corps et de la façon dont le sujet l'utilise pour entrer en relation avec l'autre. Elle a ainsi à faire avec le schéma corporel, l'utilisation investie du corps, l'émotion, le tonus, la perception vécue du temps et de l'espace, l'harmonie de la maturation et la relation à l'autre. Elle offre des moyens de contrôle et de régulation du dialogue entre un sujet et son environnement. Cette perspective de la thérapie psychomotrice s'adresse à tous les âges de la vie et évolue dans ses indications en fonction de nouveaux besoins de la société (prématurité, soins palliatifs, gériatrie).

Le bilan psychomoteur est un outil d'évaluation d'acquisitions psychomotrices, réalisé sur prescription médicale, en institution ou en libéral. Il se réfère à une approche corporelle spécifique qui s'inscrit dans une « motricité en relation » : il permet de saisir l'expérience du corps engagé dans une action en identifiant les différents modes d'organisation ainsi que les potentialités du patient. Il ne donne pas de diagnostic, mais permet de préciser le niveau moteur de l'enfant. Il permet de situer le patient par rapport à une norme et de dépister un éventuel retard ou des déviations motrices ou pratiques.

Il est composé de différents tests issus des examens neurologique, psychologique et cognitif. De nombreuses batteries de tests sont proposées plus spécifiquement selon les âges

(NP-MOT) [11] et selon la nature des troubles : BHK [2] pour l'écriture, MABC [7] pour l'évaluation de la dextérité manuelle et des coordinations [1, 10].

Ces évaluations permettent, selon le contexte, d'objectiver d'une part un score et un écart éventuel à la norme et, d'autre part, de mieux comprendre la nature des difficultés psychomotrices et du fonctionnement global de la personne.

Les conclusions du bilan psychomoteur sont discutées en équipe pluridisciplinaire et déterminent ou non la mise en place d'une prise en charge corporelle. Un compte rendu est généralement remis aux parents via le médecin prescripteur.

Dans la perspective sensorimotrice, le bébé dispose à la naissance d'un ensemble de conduites prédéterminées qui engagent l'organisme dans sa globalité. Ce mode d'organisation offre à l'enfant les matériaux sensorimoteurs redondants, nécessaires à la coordination et à la transformation des conduites. Cette base sensorimotrice et tonique, matériau de l'activité psychique, permet la progressive élaboration de représentations. Celles-ci vont porter sur les objets, l'organisme et l'espace qui les contient. Le développement de l'enfant est d'abord sensorimoteur avant l'apparition des processus d'individuation et l'accès au symbole. Le bilan sensorimoteur s'appuie sur ces repères qui permettent de comprendre l'auto-organisation des conduites.

La démarche dans laquelle il a été conçu à partir de la clinique des enfants porteurs de déficits nous permet de mieux appréhender la nature des liens que la personne établit avec son milieu physique et social [3]. Nous pouvons comprendre le rapport entre psychomotricité et sensorimotricité en considérant cette dernière comme l'un des soubassements théoriques à la psychomotricité. Ces aspects théoriques seront développés avant d'aborder l'apport du bilan sensorimoteur.

Aspects théoriques

Cet outil d'évaluation s'inscrit dans une perspective développementale et instrumentale. Les notions comme les différents systèmes de régulation tonique, le soubassement sensorimoteur des conduites, le travail de représentation de l'activité psychique, le développement psychomoteur d'après la maîtrise d'espaces corporels fondent cette approche et amènent une meilleure compréhension du comportement de l'enfant au cours de son évaluation.

L'approche développementale met l'accent sur la notion du processus et d'intégration progressive des moyens sensorimoteurs en appui sur les dimensions physiques et humaines du milieu.

L'approche instrumentale tente de comprendre comment s'élaborent des systèmes sensorimoteurs (des outils) qui permettent de comprendre et d'agir sur le milieu. Durant les débuts de la vie, lors de la période sensorimotrice, le bébé apprend non seulement à habiter son corps mais, de plus, il en fait un moyen d'action sur son milieu humain et physique. L'accent est mis sur le fait que la subjectivité se construit progressivement. L'activité psychique est occupée par ce travail représentatif qui concerne simultanément l'organisme, les objets et l'espace et permet d'élaborer un corps, des objets représentés et un espace qui les contient.

Progressivement, les représentations deviennent stables avec la mise en place de coordinations qui peuvent exister indépendamment de l'action. Ces représentations s'appuient sur les matériaux que l'organisme rencontre dans ses interactions avec le milieu.

Cette activité psychique de représentation peut se dérouler s'il y a un équilibre sensoritonique. Cette notion fondamentale, introduite par H. Wallon, peut se définir comme un état de l'organisme qui permet, sans désorganisation, de recevoir les signaux issus des interactions avec le milieu. Un tonus trop élevé fige l'organisme et, à l'inverse, un effondrement tonique ne permet pas de mobilisation posturale. Cet ajustement sensoritonique est nécessaire pour que l'interaction de l'organisme et de son milieu puisse se dérouler.

Nous avons décrit les différentes étapes du développement moteur (Figure 16-1) [4]. Ce schéma permet de comprendre

les liens entre les acquisitions posturales, la maîtrise des coordinations sensorimotrices et la mise en place successive d'espaces : on passe de l'espace utérin à l'espace oral, à l'espace du buste, à l'espace du torse et finalement à l'espace du corps.

Dans cette perspective, on se centre sur les processus d'élaboration et d'appropriation de l'organisme. Cette démarche amène à chercher comment un enfant s'organise, comprend le monde et sur quelles modalités sensorimotrices il s'appuie pour évoluer. Elle reste complémentaire d'autres éclairages comme ceux de psychanalystes [5, 6], de médecins de rééducation fonctionnelle [13] ou de neuropédiatres [12], qui viennent enrichir la compréhension du développement de l'enfant.

Pour reprendre les termes de S. Missonnier [8], elle donne un substrat pour travailler les liens entre l'« enfant observé » de l'approche développementale et l'« enfant re-construit » de la perspective psychodynamique.

Le bilan sensorimoteur s'inscrit dans la continuité d'un travail clinique : il précise les éléments qui vont orienter le travail et se prolonge dans la prise en charge par la mise en pratique des pistes de soins.

Objectifs

Le bilan sensorimoteur prend en compte la dimension relationnelle dans ses expressions toniques et posturales, associées à la dimension cognitive. L'évaluation cherche à identifier les

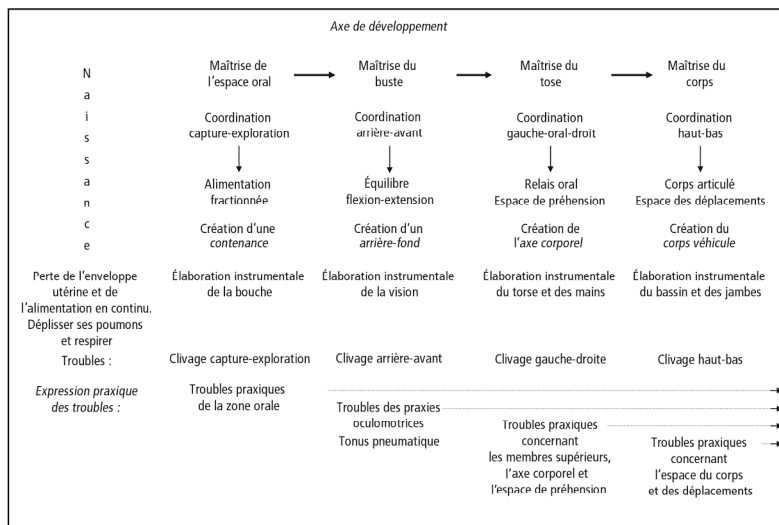


Figure 16-1 Principales étapes du développement de la sensorialité et de l'émotionnalité. (D'après Bullinger A. Sensorialité et émotionnalité primaire, approche sensorimotrice et développementale. Paris, GERPEN, 2007.)

plus favorable. Le temps est un facteur essentiel dans ces situations, bien que les futurs parents exercent une grande pression sur l'équipe médicale pour qu'une décision soit prise le plus rapidement possible. Ce temps permet une élaboration psychique qui va s'étayer sur les arguments médicaux, les descriptions trouvées sur internet, les conseils des grands-parents, les discussions avec les amis et les entretiens avec le psychiatre. La prise en compte des sentiments d'ambivalence amène fréquemment un réaménagement des positions affirmées aussitôt après l'annonce.

Par ailleurs, aider les professionnels à annoncer une mauvaise nouvelle est également une manière indirecte de soutenir les parents. Ainsi, comme dans un système de poupées gigognes [11], le psychanalyste soutient l'équipe qui peut soutenir les parents qui eux-mêmes peuvent porter psychiquement leur fœtus, qu'il meure, naisse handicapé ou bien portant. Le travail en collaboration avec les obstétriciens a montré qu'il est souhaitable que l'annonce se fasse en plusieurs phases : une phase où le praticien échographiste conserve une attitude neutre et se concentre sur le diagnostic morphologique, une autre où il reçoit la mère rhâillée et le père dans un bureau de consultation en leur consacrant du temps. Ainsi ce processus va-t-il lui permettre de se dégager de ses émotions et des projections parentales parfois violentes ; il pourra alors trouver des mots moins effrayants et des attitudes moins défensives pour expliquer au couple la pathologie de leur fœtus et leur donner des éléments pronostiques.

On peut faire l'hypothèse que l'annonceur peut, souvent à son insu, peut renforcer l'anxiété du couple et entraîner un effet déstructurant sur leur psychisme par un silence mortifère ou des paroles angoissantes, ambiguës, soit les aider à se construire dans leur parentalité, même dans ces situations traumatisantes, grâce à sa disponibilité, à son écoute et à son rôle de contenant.

La décision après l'annonce

Après l'annonce d'une malformation ou d'une pathologie fœtale, plusieurs orientations sont possibles :

- soit la poursuite de la grossesse lorsque la maladie est curable ou lorsqu'il est nécessaire de mieux évaluer le pronostic ou de préciser le diagnostic quand l'anomalie n'est pas évocatrice d'un syndrome connu, ou lorsque les parents ne souhaitent pas une interruption médicale de grossesse malgré le caractère incurable ou létal de la pathologie ;
- soit l'interruption médicale de grossesse lorsque la pathologie fœtale est d'une particulière gravité.

Nous traiterons ici la poursuite de la grossesse, l'interruption médicale de grossesse faisant l'objet d'un chapitre à part (*voir Chapitre 23*).

Lorsqu'il y a un doute sur la santé du futur bébé et sur son évolution, les difficultés habituelles inhérentes à toute grossesse, ambivalence, remaniements identitaires, reviviscence des relations précoces et des conflits de l'enfance, peuvent être intensément majorées et affecter différents registres.

Narcissisme

L'anomalie du fœtus, même non visible et curable, inflige aux parents une blessure narcissique profonde qui peut entraîner un désinvestissement anaclitique de l'enfant et un état dépressif

pouvant perdurer après la naissance. La mère a le sentiment de ne pas être une vraie femme capable de faire un enfant bien portant. Elle se sent inachevée et incomplète. Ces sentiments d'incompétence sont d'autant plus intenses ressentis que la technicité médicale réduit son corps à un lieu de passage fonctionnel obligé pour accéder au petit patient qui retient toute l'attention de l'équipe. Cette situation va ainsi créer une double rivalité envers l'équipe, mais aussi vis-à-vis du fœtus, ravivant la rivalité envers sa mère, cette mère phallique toute-puissante que peut maintenant représenter l'équipe soignante. Elle se retrouve dans le statut d'une petite fille incompétente et dépendante.

Lorsque les soins entraînent des contraintes importantes, certaines femmes pour lesquelles la grossesse est avant tout une restauration narcissique peuvent éprouver un intense sentiment de colère, voire de haine. D.W. Winnicott [15] avait recensé les principales raisons que peut avoir une mère pour haïr son enfant « Toutefois, la mère hait son petit enfant dès le début. Je crois que Freud pensait qu'il était possible qu'une mère puisse n'avoir dans certaines circonstances que de l'amour pour son petit garçon, mais on peut en douter. Nous connaissons l'amour maternel et nous apprécions sa réalité et son pouvoir. Permettez-moi de donner quelques-unes des raisons pour lesquelles une mère hait son petit enfant, même un garçon... ». À la lumière de notre expérience en périnatalité, il nous semble justifié de pouvoir compléter les réflexions de D.W. Winnicott par « toutefois la mère hait son fœtus dès le début ».

Des femmes peuvent se sentir humiliées, blessées par ce fœtus malade qui les oblige à rester alitées, hospitalisées et séparées de leur conjoint et des enfants aînés. Ces sentiments peuvent se déplacer sur l'équipe et il est important de les repérer afin d'éviter une majoration de l'agressivité et un désinvestissement trop grand du fœtus.

Le vécu corporel

Lorsqu'elle ne peut plus assurer à elle seule le bon développement de son fœtus, la femme peut se sentir dépossédée de sa grossesse et de son fœtus, qui lui deviennent étrangers. L'unité narcissique est rompue. Son ventre sur lequel sont posés des capteurs reliés à des appareils devient un « corps-machine » qui peut la terroriser [8]. Elle peut en éprouver des sensations de morcellement, de dislocation, voire d'inquiétante étrangeté.

Les gestes invasifs, comme les ponctions ou les transfusions, peuvent réactiver des fantasmes archaïques d'attaque ou de destruction du contenu du ventre maternel.

Le processus de parentalisation

Lorsque le fœtus ne peut plus assurer la transmission du mandat transgénérationnel, en raison de ses graves imperfections [12], la rêverie maternelle peut s'interrompre et le fœtus pourra être alors désinvesti. Les futures mères s'interdisent d'entrer dans le processus de maternalité de crainte d'avoir à y renoncer ultérieurement. Parfois même, elles font un deuil anticipé de leur bébé.

Les futurs pères peuvent être également en grande difficulté pour soutenir leur femme et investir ce fœtus qui, avant même qu'ils puissent se le représenter, donne des signes inquiétants. Certains risquent de s'éloigner et de la mère et du fœtus. D'autres vont essayer de trouver leur place en rivalisant avec l'équipe sur

le plan technique ; ils font des recherches sur internet et questionnent sans cesse sur les constantes, le réglage des appareils...

Les relations précoces parents-bébé

Lorsqu'il y a eu des problèmes pendant la grossesse avec des périodes de désinvestissement du fœtus, la mise en place des relations parents-enfant peut être difficile, d'autant plus que des vécus anciens plus ou moins traumatiques peuvent venir s'associer à ces facteurs périnataux. Parfois, on observe un mauvais ajustement dans l'accordage affectif, une inquiétude excessive concernant la santé de l'enfant, transformant la préoccupation maternelle primaire [15] en préoccupation médicale primaire, une crainte envahissante de la mort subite du nouveau-né, une angoisse de séparation, des troubles du sommeil ou d'autres troubles fonctionnels chez l'enfant.

Le rôle de l'équipe médicale

Ces situations de doute et d'inquiétude peuvent faire émerger toutes sortes de réactions au sein de l'équipe : impuissance, maîtrise, espérance, ignorance, culpabilité, agressivité. Ces réactions peuvent être induites par les parents eux-mêmes qui posent inlassablement les mêmes questions et semblent méfiants à l'égard de l'équipe, mais aussi par les soignants qui, dans leurs attitudes, peuvent générer ou entretenir les angoisses du couple.

Le psychiatre psychanalyste doit pouvoir repérer et accueillir ces mouvements, cela évite des malentendus néfastes pour tous les protagonistes et permet à l'équipe de garder son rôle essentiel de contenance. Le psychiatre a également toute sa place lorsque des parents veulent poursuivre la grossesse malgré des avis médicaux contraires. Ces situations, de plus en plus fréquentes, déstabilisent parfois les équipes qui craignent que les parents souffrent davantage en découvrant la gravité de la pathologie de leur bébé à la naissance ou en le perdant peu après.

Le travail en collaboration avec les obstétriciens, les pédiatres et les psychiâtres, qui permet de penser la périnatalité dans sa globalité et sa continuité entre l'anténatal et le postnatal, offre une prise

en charge plus cohérente et plus harmonieuse des futurs parents qui peuvent davantage se préparer à accueillir leur futur enfant.

BIBLIOGRAPHIE

1. FREUD S. L'inquiétante étrangeté et autres essais. Paris, Gallimard, 1985, 342 pages.
2. GOURAND L. L'arrêt du mirage. L'échographie prénatale avant et après l'arrêt Perruche. In : S Missonnier, B Golse, M Soulé. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris, PUF, 2004.
3. KLEIN M. La psychanalyse des enfants (1932). Paris, PUF, 2001, 328 pages.
4. KOHN-FEIST M. Échographie et fantasmes parentaux. In : Spirale, La maternité et le sacré, 1996, 2.
5. MORO MR, NATHAN T. Ethnopsychiatrie de l'enfant. In : S Lebovici, R Diatkine, M Soulé. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, PUF, 1995.
6. SOUBIEUX MJ. Œil du dedans, œil du dehors In : M Soulé. Écoute voir... l'échographie de la grossesse. Les enjeux de la relation. Ramonville-Saint-Agne, Érès, 1999.
7. SOUBIEUX MJ. L'échographie et les enfants. Médecine fœtale et échographie en gynécologie, 2003.
8. SOUBIEUX MJ. Quand la grossesse devient une maladie. In : S Missonnier, B Golse, M Soulé. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris, PUF, 2004.
9. SOUBIEUX MJ, SOULÉ M. L'annonce d'un handicap aux parents. In : F Jacquemard, F Daffos. Grossesses pathologiques pour raisons fœtales. Paris, Elsevier, 2003.
10. SOULÉ M, GOURAND L, MISSONNIER S, SOUBIEUX MJ. Écoute voir... L'échographie de la grossesse : promesses et vertiges. Ramonville-Saint-Agne, Érès - L'Aube de la Vie, 2011 (accompagné d'une vidéo réalisée et produite par A. Casanova et M. Saladin, Starfilms International).
11. SOULÉ M, SOUBIEUX MJ. Psychanalyse, médecine fœtale et échographie. Journal de la psychanalyse de l'enfant, 2003, 32.
12. SOULÉ M, SOUBIEUX MJ. Le diagnostic prénatal et la famille. In : S Séguret. Le bébé du diagnostic prénatal. Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2003.
13. SOULÉ M, SOUBIEUX MJ. Regards du pédopsychiatre sur le fœtus. In : J Bergeret, M Soulé, B Golse. Anthropologie du fœtus. Paris, Dunod, 2006.
14. SOULÉ M, SOUBIEUX MJ. La psychiatrie fœtale. In : S Missonnier, B Golse, M Soulé. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris, PUF, 2004.
15. WINNICOTT DW. De la pédiatrie à la psychanalyse (1956). Paris, Payot, 1969 : 168-174.

— 19 ÉVALUATION ET MÉTHODES D'OBSERVATION DES COMPÉTENCES PARENTALES⁽¹⁾

Graziella FAVA VIZZIELLO et Alessandra SIMONELLI

La parentalité est une fonction complexe, qui comprend l'interprétation des besoins, la protection et les soins d'une autre personne, reconnue dans sa subjectivité. Elle s'exprime dans plusieurs situations, qui requièrent l'activation de compétences de soins, physiques, affectives et relationnelles ainsi que la conscience de ce « savoir-faire » [37, 104].

Selon cette définition, nous pouvons identifier quatre aspects fondamentaux de la fonction parentale : l'autonomie, la processus, l'intersubjectivité et l'estime de soi.

- La *parentalité* est autonome par rapport aux autres domaines du fonctionnement individuel, affectif ou relationnel d'une personne, mais elle n'en est pas clivée pour autant [32, 46]. Dans ce sens, cette compétence reste préservée et intègre, même en présence d'une difficulté ou d'un dysfonctionnement touchant à d'autres aspects de l'adaptation. Par exemple, un adulte atteint d'une pathologie individuelle plutôt sévère peut maintenir des capacités de soin et une sensibilité suffisantes vis-à-vis de son enfant, même si elle n'est que rarement continue et stable.

À ce propos, nous renvoyons à d'importantes recherches, conduites sur des groupes de parents atteints de troubles psychologiques graves, en particulier psychotiques. Ces travaux ont montré que des capacités, réelles ou potentielles, de s'occuper des enfants sont encore actives lorsqu'elles sont soutenues convenablement et surtout lorsqu'elles sont perçues par les cliniciens, comme des compétences saines de l'individu [46].

De la même façon, un adulte bien intégré socialement peut, à certains moments de sa vie ou de celle de son enfant, ne pas disposer de ressources internes nécessaires pour activer ses compétences parentales. Des difficultés professionnelles ou une conflictualité conjugale peuvent compromettre temporairement les compétences parentales d'un individu qui, autrement, aurait été capable de s'occuper d'un enfant et de répondre à ses besoins. En outre, de graves carences vécues par un parent dans son enfance peuvent l'empêcher de percevoir ce que son enfant est en train de vivre.

La capacité à s'occuper d'une autre personne est indépendante, du moins partiellement, du lien biologique, mais est intrinsèquement liée aux caractéristiques des individus et de la relation qu'ils sont en train de construire. Nous en trouvons un exemple dans

le cas des enfants adoptés : les parents adoptifs leur proposent un modèle de parentalité indépendant du lien biologique. En revanche, dans ces situations, la fonction de soin a un rôle fondateur dans la construction du parcours adoptif [51].

- La parentalité est une *fonction processuelle* : ce n'est pas une compétence acquise « une fois pour toutes ». C'est une fonction active dans chaque situation individuelle ou relationnelle. La capacité à s'occuper d'un autre présente trois caractéristiques principales, elle :

- s'active en fonction de l'histoire, de la réceptivité et de la sensibilité de chacun par rapport à une expérience relationnelle particulière ;

- ne concerne ni toute l'histoire de la parentalité, ni la personnalité dans son ensemble ;

- n'est pas nécessairement stable dans le temps, aux différents âges de l'adulte et de l'enfant.

La parentalité est une *fonction intersubjective* [132] : elle se co-construit dans une interaction continue entre l'adulte et l'enfant. Elle est donc interdépendante de ses caractéristiques physiques, tempéramentales, interactives et du déroulement de son processus évolutif.

Une vaste littérature, surtout dans le domaine de la psychologie évolutive, indique que les compétences parentales sont étroitement associées aux possibilités qu'offre l'enfant de construire un modèle interactif avec lui. Il s'agit d'un processus d'action et de réaction continues, où la contribution des deux partenaires de l'interaction structure le contexte relationnel qui caractérisera leur rapport [13].

Mais pourquoi évaluer la parentalité dans un traité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent ? Quelles informations cliniques et/ou empiriques peuvent nous intéresser ? Avec quels objectifs, pour comprendre et aider à modifier si nécessaire, le développement et l'adaptation de l'enfant (ou de l'adolescent), de ses relations significatives et de son système familial ? De quelles familles sommes-nous en train de parler ? Des familles nucléaires ? Ou des nouvelles familles (élargies, recomposées, monoparentales), qui constituent désormais l'objet privilégié des recherches, des consultations et des interventions liées à la parentalité ?

Ces thèmes suivent le mouvement de pensée actuel, qui oriente progressivement la psychologie et la psychopathologie

(1) Texte traduit par Giulia Disnan.

(pendant la grossesse et dans le post-partum). En revanche, dans la recherche de Fava Vizziello et al. [52], les notes attribuées à cette fonction diminuent dans la transition de la « parentalité représentée » à la « parentalité agie ». Les familles qui ont participé à cette étude montrent donc une qualité des interactions familiales qui diminue entre la grossesse et le 4^e mois du post-partum. Cela confirme l'idée que l'introduction d'un tiers au sein de la dyade conjugale, donc le passage d'un couple à une famille, est un moment critique [52].

Applications et perspectives de la procédure LTP

Les éléments présentés suggèrent que l'une des plus grandes potentialités du LTP réside dans la possibilité de tracer des « lignes évolutives », qui caractérisent les interactions familiales dans le parcours de transition vers la parentalité. Cet outil est donc en mesure de mettre en évidence des éventuels précurseurs du fonctionnement familial, dès la grossesse.

Cette idée renvoie directement à l'hypothèse, avancée par Corboz-Warnery et Fivaz-Depeursinge [52] selon laquelle la qualité de la coopération parentale est une fonction qui naît et se développe à partir de la grossesse ; à cette époque, les deux partenaires sont déjà impliqués non seulement à un niveau représentatif, mais également à un niveau interactif, dans l'anticipation imaginaire de la naissance de leur enfant. L'évaluation de la parentalité avant la naissance de l'enfant contribue donc à la compréhension des dynamiques impliquées dans la transition à la parentalité, chez des parents issus de la population générale ou présentant des pathologies (individuelles ou liées à la phase évolutive qu'ils traversent). Parmi les domaines d'application du LTP, nous pouvons inclure ceux de la prévention et de l'intervention thérapeutique précoce sur la parentalité. En résumé, la procédure LTP est une méthode d'observation à même :

- de permettre une observation valide et fiable ;
- d'obtenir de nombreuses informations sur les dynamiques familiales ;
- de conjuguer la recherche et la clinique ;
- de permettre la modulation des interventions en fonction des informations obtenues.

Fivaz-Depeursinge et Corboz-Warnery [60] font l'hypothèse que l'identification d'un parcours évolutif qui mène de la dyade à la triade est une conséquence « artificielle », produite par le *setting* classique d'évaluation de la relation adulte-enfant, qui exclut a priori le tiers (le père). L'observation de la famille dans son ensemble nous permet en revanche d'identifier les processus qui n'apparaissent pas (ou qui apparaissent d'une façon différente) dans un *setting* dyadique. En effet, les rôles et les comportements des membres de la famille dans une situation dyadique ne sont pas les mêmes que dans une situation triadique. Par exemple, pour un enfant le fait d'interagir avec ses deux parents, au lieu d'un seul, signifie qu'il doit se confronter aussi avec les dynamiques de leur relation de couple, qu'elles soient positives ou négatives. Les processus relationnels étant de nature « circulaire », les dynamiques de couple sont également influencées par la présence de l'enfant, et le comportement de chaque parent envers l'enfant est influencé par la présence ou l'absence de l'autre parent [64].

Le LTP permet aux familles de vivre d'agréables moments de partage sur le plan intersubjectif. L'avantage innovateur de

cet outil concernerait donc la possibilité d'accéder, par l'observation des comportements familiaux, à la compréhension du niveau intersubjectif des relations, à savoir les intentions, les sentiments et les significations exprimés dans les interactions familiales [62]. Comme les auteurs le soulignent, l'analyse des interactions n'a pas pour but d'amoindrir la valeur des représentations individuelles, puisque celles-ci ne sont que l'autre face du phénomène interactif. Les interactions peuvent donc être considérées comme une voie d'accès aux représentations. Stern affirme que « [...] l'interaction est la scène où les représentations se manifestent directement [...] » [130]. Grâce à l'observation et à l'analyse du « processus interactif triangulaire », nous pouvons accéder à un autre niveau de lecture des relations familiales, défini comme « processus imaginaire triangulaire ». Dans celui-ci, nous n'évaluons pas seulement les comportements interactifs, mais également une expérience intersubjective partagée par tous les acteurs. Cette perspective est issue de la conceptualisation des « schémas des façons d'être avec », élaborée par Stern [128] à partir du concept de « matrice intersubjective » [132]. L'intersubjectivité appartient au matériel psychique qui émerge de la rencontre entre plusieurs individus dans un espace interindividuel. Stern présente l'intersubjectivité comme une condition humaine, plus que comme un système motivationnel indépendant. Pour cette raison, le travail de Fivaz-Depeursinge s'inscrit parfaitement dans la perspective de Stern ; cette perspective, de son côté, trouve une bonne application expérimentale auprès de l'équipe de Lausanne [153]. Grâce au LTP, nous pouvons observer la « danse » des trois partenaires interactifs comme un phénomène unitaire, où ce qui compte ne sont pas les gestes de chacun, mais le réseau d'actions conjointes. Cela nous permet d'accéder, de façon non invasive, à l'« équilibre quotidien » que la famille structure, fait de ressources et de limites, et dans lequel naissent parfois des dysharmonies ou des difficultés individuelles, conjugales ou co-parentales.

Nous obtenons les informations sur le quotidien de la famille grâce à l'analyse du processus interactif triangulaire, caractérisé par des interactions structurées, des formes de comportement ritualisé qui deviennent de véritables pratiques partagées. Celles-ci appartiennent aux rituels familiaux (moment du repas, activités de jeu, anniversaires, vacances...) et nous renseignent sur les schémas interactifs sous-jacents. En résumé, la procédure LTP permet d'obtenir une schématisation très appréciable des séquences quotidiennes d'interaction, qui se développent dans un système triadique. L'enjeu de cette analyse consiste dans l'identification des ressources psychiques et des potentialités de changement propres à chaque famille [60]. Les familles qui acceptent de participer au jeu triadique recréent sous nos yeux leurs schémas d'être [53] et leur style interactif à trois, en respectant les quelques limites imposées par la situation : c'est un mélange subtil entre l'adaptation à un nouveau contexte et le recours à la créativité. Du côté des parents, leur capacité à créer un espace physique (et symbolique) pour l'enfant implique l'existence d'une identité stable et d'une représentation de la triade acquise au cours de leur histoire passée. Il ne s'agit pas ici seulement des représentations individuelles du père et de la mère, mais également d'une co-représentation du couple parental, qui crée une alliance pour accueillir l'enfant. L'enfant, de son côté, dans l'espace organisé par ses parents et avec leur aide, peut commencer à agir au sein de la triade et à développer ainsi progressivement une représentation de sa propre influence, sur l'interaction avec son père ou avec sa

mère, mais aussi sur l'interaction entre ses deux parents [55]. Il ne peut pas comprendre une consigne verbale mais, pour savoir ce qui se passe autour de lui, il doit pouvoir compter sur la traduction dans un langage non verbal que ses parents lui en font. C'est pourquoi les parents doivent « montrer par leur corps », en coordonnant leurs mouvements, que chacun occupe son rôle vis-à-vis de l'enfant. Interrogeons-nous ici sur l'espace physique et symbolique occupé par l'enfant dans ce contexte ainsi que sur le vécu affectif intersubjectif nécessaire à son développement [128].

Sur la base de ces considérations, nous comprenons l'importance de l'observation clinique de la triade. Au sein de familles problématiques, où le jeu à trois n'est pas possible, la difficulté que les trois partenaires rencontrent dans la délimitation de leurs propres espaces peut être liée à un conflit entre les parents ou à l'incapacité de chacun à assumer son propre rôle. Si les parents ont une motivation à sortir de la « crise » familiale, une intervention psychothérapeutique est possible. Mais avant cette étape, il est nécessaire qu'ils prennent conscience de l'existence d'un problème, du fait que quelque chose dans leur famille ne fonctionne pas. Dans ce but, les chercheurs et les cliniciens du Centre d'étude de la famille de Lausanne ont l'habitude de visionner les enregistrements avec la famille et de donner un *feedback* aux parents. Si les conditions le permettent, ils proposent ensuite une « intervention d'encadrement », qui consiste à suggérer une configuration corporelle favorable à l'interaction triadique. La famille a ainsi la possibilité de vivre directement le changement, fondement d'une nouvelle expérience, qu'ils pourront élaborer ultérieurement lors d'une thérapie [31].

Au final, l'aspect innovateur de cette méthode se trouve dans la multiplicité des domaines d'application et dans la perspective théorique sous-jacente qui dépasse la perspective dyadique qui a caractérisé les techniques d'évaluation des relations familiales jusqu'ici. L'utilisation de la LTP dans des études longitudinales nous fournit des preuves empiriques sur les compétences interactives et intersubjectives précoces chez l'enfant ainsi que sur l'importance des échanges interactifs entre enfant et *caregivers* pour le développement affectif et relationnel et pour les acquisitions de l'individu [62].

En même temps, cet outil s'est avéré utile pour son application dans plusieurs contextes cliniques : dans le processus diagnostique, dans l'intervention clinique à l'âge évolutif et dans le soutien à la parentalité (thérapie familiale systémique, expertises, médiation familiale, etc.). L'approfondissement de l'analyse des caractéristiques psychométriques de la LTP dans des contextes culturels différents nous renseignera ultérieurement sur ses potentialités. L'emploi de la LTP peut donc conduire à des progrès importants dans :

- le domaine de la théorie, en ce qui concerne la connaissance du développement précoce de l'enfant et des interactions familiales ;
- le domaine de la prévention et de la thérapie, en ce qui concerne les possibilités d'accéder à une vision globale de la famille dans une situation de changement, d'« action » et de résolution de problèmes (*problem solving*) qui met à l'épreuve l'adaptabilité et la créativité de ses membres.

Conclusion

L'emploi continu de ce type d'étude pour bien évaluer la parentalité dans une casuistique riche et variée, au cours des dernières années,

nous a permis de réduire le temps d'intervention de manière considérable. Le *Lausanne triologie play* et l'*adult attachment interview* nous permettent de disposer, dès le début du traitement, d'une idée précise des ressources et des points fragiles dans la famille.

En outre, la possibilité d'employer le *videofeedback* avec le *Lausanne triologie play* s'est révélée particulièrement utile en ce moment où le visuel semble permettre une meilleure communication que les mots, surtout dans les cas, de plus en plus fréquents, de troubles de la personnalité des enfants et des adolescents. En effet, ces cas se produisent toujours quand les troubles des enfants trouvent une caisse de résonance dans l'organisation familiale.

Je crains que, dans le futur, nous ne rencontrions de plus en plus ce type de problème, pour lequel il sera nécessaire de trouver des stratégies rapides et efficaces.

BIBLIOGRAPHIE

1. AINSWORTH MDS, BLEHAR MC, WATERS E, WALL S. Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, Laurence Erlbaum, 1978, 416 pages.
2. AINSWORTH MDS, WITTIG B. Attachment and exploratory behavior of one year olds in a strange situation. In : B Foss. Determinants of infant behaviour. London, Methuen, 1969 : 113-136.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), revised. Washington, APA, 2000.
4. AMMANITI M. Maternal representations during pregnancy and early mother-child interaction. *Infant Ment Health J*, 1991, 3 : 246-255.
5. AMMANITI M. Maternal representations during infancy and early mother-infant interaction. *Infant Ment Health J*, 1991, 12 : 246-255.
6. AMMANITI M. La gravidanza tra fantasia e realtà. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1992.
7. AMMANITI M, CANDELORE C, POLA M et al. Influenze culturali e dinamiche relazionali nell'attaccamento infantile. *Indagine su un campione italiano. Età Evolutiva*, 1994, 47 : 99-109.
8. AMMANITI M, CANDELORE C, POLA M, TAMBELLI R. Maternità e gravidanza. Milano, Raffaello Cortina, 1995.
9. AMMANITI M, STERN DN. Rappresentazioni e narrazioni. Roma-Bari, Laterza, 1991.
10. ANDERS TF. Clinical syndromes, relationship disturbances, and their assessment. In : AJ Sameroff, RN Emde. Relationship disturbances in early childhood. New York, Basic Books, 1989 : 125-144.
11. ATTILI A, VERMIGLI P, FELACO R. Modelli mentali dell'attaccamento negli adulti e qualità della relazione madre-bambino. *Età Evolutiva*, 1994, 47 : 110-117.
12. BAKERMANS-KRANENBURG MJ, VAN IJZENDOORN MH, JUFFER F. Less is more : meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull*, 2003, 129 : 202-219.
13. BEEBE B, LACHMAN FM. Infant research and adult treatment : co-constructing interactions. London, The Analytic Press, 2003.
14. BELSKY J. Theory testing, effect-size evaluation and differential susceptibility to rearing influence : the case of mothering and attachment. *Child Dev*, 1997, 68 : 598-601.
15. BELSKY J. Influenza delle interazioni e del contesto sulla sicurezza dell'attaccamento. In : J Cassidy, PR Shaver. Manuale dell'attaccamento. Roma, Fioriti Editore, 2002 : 279-296.
16. BELSKY J. La moderna teoria dell'evoluzione e gli stili di attaccamento. In : J Cassidy, PR Shaver. Manuale dell'attaccamento. Roma, Fioriti Editore, 2002 : 161-181.
17. BELSKY J, CAMPBELL SB, COHN JF, MOORE G. Instability of infant-parent attachment security. *Dev Psychol*, 1996, 32 : 921-924.
18. BELSKY J, ISABELLA RA. Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment : a replication study. *Child Dev*, 1991, 62 : 373-384.

19. BELSKY J, KELLY J. The transition to parenthood: how a first child changes a marriage: why some couples grow closer and others apart. New York, Dell, 1994.
20. BELSKY J, ROVINE M, TAYLOR DG. The Pennsylvania Infant and Family Development Project: III. The origins of individual differences in infant-mother attachment: maternal and infant contributions. *Child Dev*, 1984, 55: 718-728.
21. BENOIT D, PARKER KCH. Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Dev*, 1994, 65: 1444-1457.
22. BOWLBY J. Attachment and loss: vol. 1. Attachment. New York, Basic Books, 1969.
23. BOWLBY J. Attachment and loss: vol. 2. Separation: anxiety and anger. New York, Basic Books, 1973.
24. BOWLBY J. Attachment and loss: vol. 3. Loss: sadness and depression. New York, Basic Books, 1980.
25. BRETHERTON I, MUNHOLLAND KA. Modelli operative interni nelle relazioni di attaccamento. In: J Cassidy, PR Shaver. Manuale dell'attaccamento. Roma, Fioriti Editore, 2002: 101-130.
26. BRETHERTON I, RIDGEWAY D, CASSIDY J. Assessing internal working models of attachment relationship. In: MT Greenberg, D Cicchetti, EM Cummings. Attachment in the preschool years. Theory, research and intervention. Chicago, University of Chicago Press, 1990: 273-308.
27. BROWN AL, BRANSFORD JD, FERRARA RA, CAMPIONE JC. Learning, remembering and understanding. In: JH Flavell, EM Markman. Handbook of child psychology, vol. III. Cognitive development. New York, Wiley, 1983: 77-166.
28. CARNEIRO C, CORBOZ-WARNERY A, FIVAZ-DEPEURSINGE E. The prenatal triologic play, a new observational assessment tool of the prenatal co-parenting alliance. Manoscritto non pubblicato. Lausanne, Centre d'étude de la famille (CEF), 2002.
29. CARNEIRO C, CORBOZ-WARNERY A, FIVAZ-DEPEURSINGE E. The prenatal triologic play: a new observational assessment tool of the prenatal co-parenting alliance. *Infant Ment Health J*. 2006, 27: 207-228.
30. CASSIBBA R. Gli attaccamenti multipli. Milano, Unicopli, 2003.
31. CORBOZ-WARNERY A, FIVAZ-DEPEURSINGE E, GERTSCH-BETTENS CH, FAVEZ N. Systemic analysis of father-mother-baby interactions: the Lausanne triadic play. *Infant Ment Health J*, 1993, 14: 298-316.
32. CRAMER B, PALACIO-ESPASA F. La technique des psychothérapies mère-bébé. Études cliniques et théoriques. Paris, PUF, 1993.
33. CRUTTENDEN PM. Attaccamento adulto. Milano, Cortina, 1999.
34. DE WOLFF M, VAN IJZENDOORN MH. Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Dev*, 1997, 68: 571-591.
35. DEL CORNO F, BARONE L. I questionari dell'attaccamento adulto. Milano, Cortina, 2007.
36. EIGUER A. Un divan pour la famille. Paris, Le Centurion, 1983.
37. FAVA VIZZIELLO GM. Psicopatologia dello sviluppo. Bologna, Il Mulino, 2003.
38. FAVA VIZZIELLO GM. Paternità in cerca d'autore. Milano, Masson, 2008.
39. FAVA VIZZIELLO GM, ANTONIOLI ME, COCCI V, INVERNIZZI R. Dal mito al bambino reale. In: M. Ammaniti. La gravidanza tra fantasia e realtà. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1992: 159-180.
40. FAVA VIZZIELLO GM, ANTONIOLI ME, MAESTRO P. La struttura del cambiamento rappresentativo e narrativo della madre dalla gravidanza alla maternità e modalità di attaccamento. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 1995, 63: 185-197.
41. FAVA VIZZIELLO GM, ANTONIOLI ME, VOLPE MR. L'intervista "R" adozione. In: GM Fava Vizzello, S Pigatto. I percorsi della dipendenza. Padova, Cleup, 1994.
42. FAVA VIZZIELLO GM, BABANDO R, SIMONELLI A. Dalla gravidanza difficile al rischio di una maternità impossibile. In: GM Fava Vizzello, P Stocco. Tra genitori e figli la tossicodipendenza. Milano, Masson, 1997: 121-146.
43. FAVA VIZZIELLO GM, CALVO V, SIMONELLI A. (2003). Sicurezza e insicurezza dell'attaccamento nella prima infanzia in una prospettiva interculturale. *Età Evolutiva*, 2003, 75: 36-50.
44. FAVA VIZZIELLO GM, CASSIBBA R, INVERNIZZI R, PAVANI V. Il cambiamento delle rappresentazioni del bambino nella madre gravida e nella puerpera. In: F Cristante, M Sabin. La misura del cambiamento. Milano, Franco Angeli, 1990.
45. FAVA VIZZIELLO GM, COCCI V, ANTONIOLI ME, INVERNIZZI R. From pregnancy to motherhood: the structure of the representative and narrative change. *Infant Ment Health J*, 1993, 14: 4-16.
46. FAVA VIZZIELLO GM, DISSAN G, COLUCCI R. Parents psychiques (1991). Paris, Genève, Médecine et Hygiène, 2000.
47. FAVA VIZZIELLO GM, INVERNIZZI R. L'intervista Mate-R. In: GM Fava Vizzello, P Stocco. Tra genitori e figli la tossicodipendenza. Milano, Masson, 1997.
48. FAVA VIZZIELLO GM, PASTORE A. Nascita psicologica e funzione genitoriale. *Consorzio Familiare*, 1990, 2: 69-85.
49. FAVA VIZZIELLO GM, REBECCA L, BUFFADINI C et al. Il cambiamento delle rappresentazioni nel post-partum: confronto tra madri di bambini prematuri e nati a termine. Complessità e Cambiamento, 1995, 4: 33-50.
50. FAVA VIZZIELLO GM, REBECCA L, CALVO V et al. Nascita pretermine, rappresentazioni materne, attaccamento nello sviluppo del bambino. In: A Pazzagli, P Benvenuti, I Guerrini Degl'Innocenti. Bambini e genitori. Firenze, Loggia de' Lanzi, 1995: 171-200.
51. FAVA VIZZIELLO GM, SIMONELLI A. Adozione e cambiamento. Torino; Bollati Boringhieri, 2004.
52. FAVA VIZZIELLO GM, SIMONELLI A, BIGHIN M, CATTANEO C. Studio preliminare di validazione di uno strumento di valutazione delle competenze triadiche precoci. Congresso nazionale dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP)-Sezione di Psicologia dello Sviluppo, Verona 15-17 settembre 2006.
53. FAVA-VIZZIELLO GM, STERN D. Modèles psychothérapeutiques au premier âge. Paris, Masson, 1995.
54. FAVA VIZZIELLO GM, STOCCHI P. Tra genitori e figli la tossicodipendenza. Milano, Masson, 1997.
55. FAVEZ N, FRASCAROLO F, CARNEIRO C et al. Family alliance stability and change from pregnancy to toddlerhood and marital correlates. *Swiss J Psychol*, 2006, 65: 213-220.
56. FIRST MB, BELL CC, BUTHERB B et al. Personality disorders and relational disorders: a research agenda for addressing crucial gaps in DSM. In: DJ Kupfer, MB First, DA Regier. A research agenda for DSM-V. Washington, American Psychiatric Association, 2002.
57. FIVAZ-DEPEURSINGE E. Vers une théorie de la famille. In: S Lebovici. Précis de psychopathologie du bébé. Paris, PUF, 1989: 99-106.
58. FIVAZ-DEPEURSINGE E. Emotion and cognition. On triangulation between infant, mother and father. *Evolution and Cognition*, 2000, 8: 63-69.
59. FIVAZ-DEPEURSINGE E. La comunicazione intersoggettiva del bambino nel triangolo primario. Congresso internazionale "L'intersoggettività nella famiglia: dalla ricerca alla clinica". Facoltà di Psicologia. Università La Sapienza di Roma, ottobre 2006.
60. FIVAZ-DEPEURSINGE E, CORBOZ-WARNERY A. The primary triangle. A developmental systems view of mothers, fathers and infants. New York, Basic Books, 1999, 256 pages.
61. FIVAZ-DEPEURSINGE E, CORBOZ-WARNERY A. Du couple à la famille: l'alliance parentale prénatale annonce-t-elle le devenir de la famille? *Cahiers critique de thérapie familiale et de pratique réseaux*, 2001, 27: 17-34.
62. FIVAZ-DEPEURSINGE E, FAVEZ N, LAVANCHY C et al. Four-month-old make triangular bids to father and mother during triologic play with still face. *Social Dev*, 2005, 14: 361-378.
63. FIVAZ-DEPEURSINGE E, FRASCAROLO F, CORBOZ-WARNERY A. Assessing the triadic alliance between father, mother and infants at play. *New Directions for Child Development*, 1996, 74: 27-44.
64. FIVAZ-DEPEURSINGE E, FRASCAROLO F, CORBOZ-WARNERY A. Evaluation de l'alliance triadique dans un jeu père-mère-bébé. *Devenir*, 1998, 10: 79-104.
65. FIVAZ-DEPEURSINGE E, MCCHALE J. Understanding triadic and family group interactions during infancy and toddlerhood. *Clin Child Psychol Rev*, 1999, 2: 107-127.

comme la répétition de chiffres qui teste l'« empan » mnésique, sorte de « dynamomètre » des capacités de rétention immédiate. Elle se teste surtout par les épreuves nécessitant en même temps un stockage temporaire des informations et une autre tâche, comme la répétition des chiffres à l'envers. La mémoire de travail, selon les modèles actuels, fonctionne avec un administrateur central, très dépendant de l'attention, et deux systèmes annexes renforçant le stockage temporaire : la boucle phonologique (répétition sous-vocale des informations) et la boucle visuelle. Du fait de la boucle phonologique, la mémoire de travail est tributaire de la qualité du code phonologique, déficient dans les TSDLO ; elle intervient dans tous les apprentissages, en particulier du langage écrit. Les premiers sons d'un mot (/l/, /a/ de « lavabo ») doivent être mis en mémoire lors de la conversion des derniers sons (/b/, /o/) afin de déchiffrer l'ensemble du mot, de l'évoquer et de le comprendre.

TSDLO et stratégies de lecture déficitaires

La psychologie cognitive a permis d'appréhender les stratégies déficitaires, guidant ainsi les techniques de rééducation efficaces. Les enfants TSDLO, du fait de leur trouble de reconnaissance auditive de la parole, ont des difficultés dans la voie d'assemblage, touchant :

- la *segmentation des mots* en sous-unités, en particulier syllabiques (« car-net ») ;
- la *conversion des lettres ou groupes de lettres en sons*. Au pire, cette conversion est impossible, bloquant complètement le stade alphabétique de la lecture. Au mieux, elle rend compte des confusions de sons proches (/d/-/t/, /t/-/v/, /m/-/n/). Il faut y ajouter les troubles de production phonologique et articulatoire qui peuvent altérer la forme orale de la lecture à haute voix alors que l'identification du mot a été correcte : par exemple, Cédric a un trouble massif de la programmation phonologique. Quand il

identifie le mot « canard », il lit à haute voix « conard », bien qu'il désigne la bonne image correspondant au texte ! La transcription est aussi altérée.

Ces enfants ont du mal à accéder au stade alphabétique de la lecture, c'est-à-dire à la lecture des lettres, puis des syllabes et, de ce fait, utilisent une lecture logographique, émaillée de nombreuses erreurs. Ne pouvant déchiffrer les mots nouveaux, ils ne peuvent donc pas se constituer le stock orthographique interne qui leur permettrait ultérieurement de lire le mot globalement par la voie d'adressage. De ce fait, soit ils restent non-lecteurs (Figure 21-4), soit leur lecture reste logographique avec des erreurs (comme John qui, devant la phrase « Habib va à l'épicerie avec son porte-monnaie », lit « il habite à l'église avec son passe-montagne »). La rééducation repose donc sur la mise en place de cette voie d'assemblage, incontournable. Une étude longitudinale ouverte en langue française montre que l'acquisition des bases de déchiffrement est paradoxalement plus facile chez les enfants avec TSDLO sévère que chez les dyslexiques [18], comme le montre l'évolution d'Alexandre (voir Figure 21-4).

Une fois les processus de conversion graphèmes-phonèmes de la voie d'assemblage acquis, plusieurs difficultés peuvent encore être notées chez ces enfants.

La *constitution du stock lexical* (stock orthographique d'entrée), qui permet l'accès direct au sens et à l'écriture lexicale correcte (« corbeau » et non « corbo »), n'est pas toujours spontanée. Elle nécessite souvent une intervention active de la rééducation, surtout quand les enfants ont une évocation lexicale réduite.

L'accès à la *compréhension d'un texte lu*, surtout s'il est long avec des phrases inférentielles, est souvent difficile, lié aux troubles de compréhension sémantique du langage oral. Ces troubles ont un retentissement massif sur les apprentissages scolaires à partir du cycle 3 : difficultés à comprendre le sens des textes, les énoncés des problèmes en mathématiques...

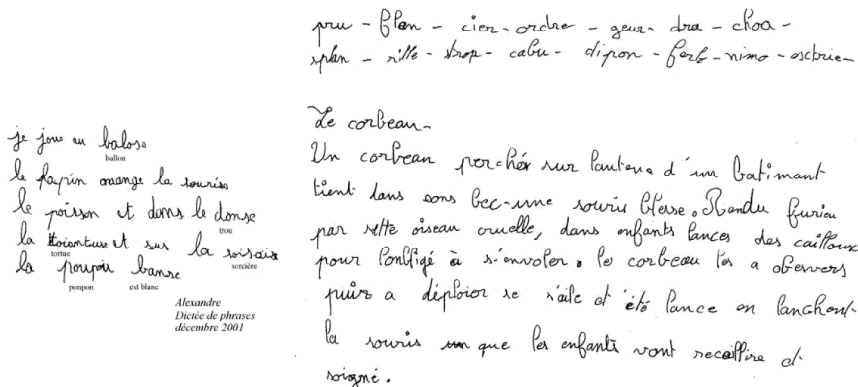


Figure 21-4 Alexandre, âgé de 10 ans, présente un trouble sévère du langage oral. Il est non lecteur en CE2 et ne peut écrire que son prénom et quelques lettres isolées. Il rentre dans une unité spécialisée et, en 3 mois, acquiert un niveau de lecture de fin de CP. Sa dictée montre encore de nombreuses erreurs de transcription phonographique (à gauche). Il réintègre 18 mois plus tard le circuit ordinaire et présente, à 12 ans, un niveau de lecture de CM2 et une dictée dysorthographique mais lisible (à droite).

Une revue récente [15] reprend les liens entre les TSDLO et les dyslexies, en insistant sur les deux dimensions indispensables pour conceptualiser ces relations. La première est la dimension phonologique (conscience phonologique, production phonologique) très liée à l'automatisation du décodage ; l'autre dimension concernent les fonctions langagières non phonologiques (lexique, syntaxe, fonctions sémantiques), fortement liées à la compréhension de lecture.

Une autre difficulté concerne l'orthographe. Les troubles articulatoires et phonologiques aggravent la transcription phonographique en reproduisant toutes les erreurs, par exemple, « neige » répété /neiche/ sera transcrit « neiche », imposant un apprentissage du lexique orthographique pour contourner la transcription phonétique.

TSDLO et troubles associés

Tout en restant dans le cadre des troubles spécifiques du langage oral, « qui ne peuvent être expliqués ni par un déficit sensoriel, une déficience mentale, un trouble envahissant du développement ou comportemental majeur », ces enfants présentent souvent des déficits associés, d'intensité variable, nécessitant une prise en charge spécifique.

Le comportement peut être altéré, en relation avec la réaction de l'entourage et la fragilité propre à l'enfant, avec un certain degré de retrait, de marginalisation ou d'agitation. L'agitation est certainement le symptôme associé le plus fréquemment rencontré, en particulier entre 5 et 9 ans. Cette agitation s'accompagne de difficultés de concentration gênant les apprentissages des enfants. La part « réactionnelle » de ces troubles, liée au handicap dans la relation et la conceptualisation que constitue, pour l'enfant, ce déficit sévère du langage, même s'il semble bien communiquer avec les gestes, est impossible à différencier d'un déficit neuropsychologique lié au trouble de maturation cérébrale responsable. L'approche ne peut donc qu'être pluraliste, pédopsychiatrique, mais aussi rééducative, voire, dans certains cas, médicamenteuse.

Les difficultés en motricité fine et la maladresse graphique sont très fréquentes, à un degré variable. Elles expliquent les difficultés de calligraphie au début de la scolarité. Pour la plupart des enfants, ces difficultés ne s'accompagnent pas de déficit de perception visuospatiale et les enfants ont un graphisme amélioré par le modèle. Plus rarement, elles s'accompagnent de difficultés de perception visuospatiale. Ces difficultés font chuter les sous-tests non verbaux du WISC, la normalité des tests de logique pure comme l'analyse catégorielle des EDEI étant la seule expression de la normalité de l'intelligence non verbale.

Bases biologiques

L'absence d'explication univoque et claire aux troubles sévères du développement du langage oral a longtemps alimenté, en France, une polémique entre les tenants des facteurs exogènes (environnement socioculturel, linguistique, relationnel) et les tenants des facteurs endogènes, neurologiques en la circonstance. De solides indices militent en faveur de l'existence de bases biologiques. Il n'en reste pas moins que l'étiologie des TSDLO est certainement multifactorielle. En tout état de cause, le diagnostic ne peut aujourd'hui s'appuyer sur aucun élément biologique et reste donc d'ordre clinique.

Études anatomiques

Les travaux de Geschwind avaient objectivé l'existence d'une *asymétrie anatomique* cérébrale physiologique considérable au profit d'une partie du lobe temporal gauche (planum temporale), en rapport avec la représentation du langage, présente dès la 28^e semaine de vie intra-utérine.

Les *études neuropathologiques* de quatre cas de dyslexie, dont deux avec troubles du langage oral, montrant de nombreuses hétérotopies temporales gauches et un planum temporale droit excessivement gros, non involu [28], suggèrent une particularité « anatomique », témoin d'un « cerveau singulier » chez ces enfants. Pour diverses raisons, génétiques ou sporadiques, des troubles de la migration neuronale dans la zone dévolue au langage pourraient être responsables d'une mauvaise reconnaissance des neurones hétérotopiques de leur entourage, donc d'une insuffisance de tous les réseaux dendritiques à l'origine du bon fonctionnement cérébral et d'une non-involution du planum temporal droit.

Les *études récentes en résonance magnétique nucléaire* ont recherché des arguments anatomiques similaires aux études neuropathologiques, mais in vivo. Les deux principales études en IRM ont confirmé cette absence d'asymétrie cérébrale physiologique. De plus, dans une étude de familles de TSDLO, Plante et al. [28] ont confirmé l'existence de cette symétrie « pathologique » chez les seuls membres atteints. Les membres non atteints de la fratrie avaient une asymétrie conservée. Si l'IRM ne permet pas de visualiser les hétérotopies neuronales décrites dans les études neuropathologiques, elle donne des arguments indirects cohérents en visualisant l'absence de l'asymétrie physiologique des planum temporal. Ce marqueur anatomique n'est ni nécessaire, ni suffisant, de sorte que, au moins actuellement, il ne s'agit en aucun cas d'un critère diagnostique.

Les *études en imagerie fonctionnelle* consistent à visualiser le fonctionnement cérébral par l'étude du débit sanguin (SPECT) à la recherche de signes indirects d'un dysfonctionnement biologique. Les résultats au repos de ces rares études sont contradictoires. Le résultat le plus intéressant dans l'une des études récentes, avec groupe contrôle, réside dans l'absence de supériorité physiologique du débit hémisphérique gauche par rapport au débit hémisphérique droit, à l'inverse de la population d'enfants normaux du même âge [17]. Cela apporte un argument supplémentaire au trouble de la spécialisation hémisphérique, en particulier la spécialisation hémisphérique gauche des fonctions langagières. Enfin, les stimulations hémisphériques latéralisées (comme l'écoute forcée de l'oreille droite en écoute dichotique, pour l'hémisphère gauche, et la palpation dichaptique – palpation de deux formes différentes dans les deux mains, hors de la vue – pour l'hémisphère droit) vont dans le même sens [17]. Les stimulations gauches n'entraînent pas d'augmentation du débit temporal gauche, mais une augmentation globale de débit, sauf dans cette région temporale. Les stimulations droites n'entraînent pas non plus d'hyperdébit pariétal droit (contrairement à la population contrôle). Ces données d'imagerie fonctionnelle confirment les études comportementales, qui ont également montré une spécialisation gauche attendue lors des épreuves d'écoute dichotique testant la compréhension du langage. En revanche, les épreuves testant la spécialisation de la production du langage (concurrence verbomane) évoquent une absence de spécialisation gauche de ces fonctions [19]. Ces travaux suggèrent que, dans cette population d'enfants porteurs d'un trouble du développement du langage prédominant

sur l'expression, la spécialisation de cette fonction de production ne serait pas hémisphérique gauche comme chez les enfants normaux, mais bihémisphérique. L'absence de représentation hémisphérique droite des tâches de reconnaissance spatiale pourrait être une conséquence de la participation de l'hémisphère droit aux tâches de production langagière.

Études électrophysiologiques

Ces études donnant aussi des résultats contradictoires ont fait l'objet d'une récente mise à jour [5]. Dans les trois principales études, les enregistrements nocturnes de populations d'enfants dysphasiques ont objectivé des anomalies paroxystiques plus nombreuses pendant le sommeil que dans les populations contrôles, mais le pourcentage d'enfants concernés, la fréquence de ces anomalies et leur signification sont discutés. Si, pour certains, ces anomalies sont fréquentes et témoigneraient d'un dysfonctionnement cérébral de nature épileptique responsable du trouble du langage, comme dans le syndrome de Landau-Kleffner, imposant les mêmes règles thérapeutiques, pour d'autres, les anomalies seraient le stigmate neurophysiologique de troubles de la migration neuronale anatomique. Elles pourraient aussi être, comme dans les épilepsies à paroxysmes rolandiques, un stigmate du trouble de maturation, lui-même responsable du trouble du langage, tout en pouvant aggraver le déficit lorsqu'elles sont particulièrement diffuses et fréquentes. De plus, aucun cas publié ne fait état d'amélioration spectaculaire du langage par la normalisation de l'EEG, contrairement au syndrome de Landau-Kleffner. De sorte que, en pratique, et dans l'état actuel des connaissances, la réalisation d'un EEG de sieste, complété, s'il comporte des anomalies, par un enregistrement nocturne, se justifie au moindre doute sur une régression du langage et si le trouble est à prédominance réceptive. En revanche, seuls les paroxysmes bilatéraux et subcontinus doivent être pris en compte. Si un essai thérapeutique doit être envisagé, il doit être discuté avec la famille comme un essai et non comme une certitude. Il doit avoir comme critère d'efficacité la normalisation de l'EEG, et son efficacité sur l'évolution du langage oral doit être rigoureusement évaluée.

Aspects génétiques

Ils n'offrent pas non plus une explication universelle, mais constituent certainement une voie de recherche d'avenir. Les arguments pour une théorie génétique méritent d'être rapprochés des travaux effectués dans les dyslexies, en particulier de la découverte récente de plusieurs gènes candidats liés aux dyslexies familiales. Ces facteurs génétiques ont fait l'objet d'une récente mise au point [9]. Des cas familiaux ont été décrits avec une homogénéité intrafamiliale du déficit linguistique, la coexistence dans la fratrie d'enfants sains et atteints et l'atteinte de l'un des deux parents [7]. On peut en rapprocher les études sur les jumeaux [13]. Une étude en biologie moléculaire d'une large famille avec trouble de la programmation phonologique a mis en évidence un gène candidat sur le chromosome 7, appelé *Speech1* ou *FoxP2* [20], qui n'a pas été retrouvé dans d'autres cas. Les facteurs génétiques, en dehors de cas exceptionnels évoquant une simple mutation, sont certainement complexes et en interaction avec les facteurs environnementaux, comme dans la dyslexie.

Enfin certains troubles sévères du langage oral souvent associés à d'autres déficit comportementaux ou cognitifs imposent la recherche d'une aberration chromosomique comme, par exemple, la microdéletion 22q11.

Conclusion

En raison de leur importance développementale, de leur forte prévalence et de leurs difficultés à être diagnostiqués, il est essentiel que les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent connaissent bien les troubles du langage oral et leurs conséquences sur le langage écrit.

BIBLIOGRAPHIE

1. BILLARD C. Le dépistage des troubles du langage chez l'enfant. Une contribution à la prévention de l'illettrisme. Arch Fr Pédiatr, 2001, 8: 86-91.
2. BILLARD C, DE BECQUE B, GILLET P. Dysphasie de développement et apprentissage de la lecture. In: S Charbonel, P Gillet, MD Martory, S Valdois. Approche cognitive des troubles de la lecture et de l'écriture chez l'enfant et l'adulte. Marseille, Solal, 1996:343-353.
3. BILLARD C, DUCOT B, PINTON F et al. BREV, une batterie d'évaluation des fonctions cognitives: validation dans les troubles des apprentissages. Arch Fr Pédiatr, 2006, 13: 23-31.
4. BILLARD C, FLUSS J, DUCOT B et al. Étude des facteurs liés aux difficultés d'apprentissage de la lecture. À partir d'un échantillon de 1 062 enfants de seconde année d'école élémentaire. Arch Fr Pédiatr, 2008, 15: 1058-1067.
5. BILLARD C, HASSAIRI I, DELTEIL F. Troubles spécifiques du langage oral et électro-encéphalogramme: quelles indications? Quelle interprétation? À propos d'une cohorte de 24 enfants. Arch Pédiatr, 2010, 17: 350-358.
6. BILLARD C, PINTON F, TARAULT L, FAYE E. Suivi à moyen terme d'une cohorte de 18 enfants dysphasiques: évolution du langage oral et du langage écrit à l'adolescence. Rééducation orthophonique, 2007, 30: 149-162.
7. BILLARD C, TOUTAIN A, LOISEL ML et al. Genetic basis of developmental dysphasia. Report of eleven familial cases in six families. Genet Counsel, 1994, 5: 23-33.
8. BISHOP DV. The underlying nature of specific language impairment. J Child Psychol Psychiatry, 1992, 33: 3-66.
9. BISHOP DVM. What causes specific language impairment in children? Curr Dir Psychol Sci, 2006, 15: 217-221.
10. BISHOP DVM, ADAMS CV, NORBURY CF. Using nonword repetition to distinguish genetic and environmental influences on early literacy development. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet, 2004, 129: 94-96.
11. BISHOP DVM, CLARKSON B. Written language as a window into residual language deficits: a study of children with persistent and residual speech and language impairments. Cortex, 2003, 39: 215-237.
12. BISHOP DVM, EDMUNSON A. Language impaired 4-years-olds: distinguishing transient from persistent impairment. J Speech Hear Disord, 1987, 52: 156-173.
13. BISHOP DVM, NORTH T, DONLAN C. Genetic basis of specific language impairment: evidence from a twin study. Dev Med Child Neurol, 1995, 37: 56-71.
14. BISHOP DVM, ROSEBLOOM L. Childhood language disorders: classification and overview. In: W Yule, M Rutter. Language development and disorders. Philadelphia, Mac Keith Press, 1987: 16-41.
15. BISHOP DVM, SNOWLING MJ. Developmental dyslexia and specific language impairment: same or different? Psychol Bull, 2004, 130: 858-886.
16. BONNOT JFP, BURSZEJN C. À propos du rôle du contexte dans l'acquisition du langage chez l'enfant. Scolia, 1996, 6: 113-130.
17. CHIRON C, PINTON F, MASURE MC et al. Hemispheric specialization using SPECT and stimulation tasks in children with dysphasia and dysgraphia. Dev Med Child Neurol, 1999, 41: 512-520.
18. COSTE-ZEITOUN D, PINTON F, BARONDIOT C et al. Évaluation ouverte de l'efficacité de la prise en charge en milieu spécialisé de 31 enfants avec un trouble spécifique sévère du langage oral/écrit. Rev Neurol, 2005, 161: 299-310.

anesthésie à ce stade, ce qui semble raisonnable compte tenu des conclusions provisoires préalablement exposées.

GESTES IN UTERO • On retrouve dans cette catégorie les transfusions in utero et les poses de cathéter de dérivation in utero. Ces gestes étant en grande majorité réalisés après 24 SA, une douleur fœtale ressentie est probable ; or, à notre connaissance, aucune équipe ne prend en charge de cette douleur. Il paraît toutefois opportun de proposer une analgésie fœtale systématique lors de ces gestes, dès lors qu'un abord vasculaire est pratiqué [34]. La démonstration par l'équipe de Fisk d'une diminution, voire d'une disparition des modifications hémodynamiques et biochimiques en cas de recours à une analgésie fœtale lors des gestes in utero est un plaidoyer fort pour l'utilisation systématique du suftanil dans les situations à risque [20]. Par ailleurs, ces travaux étaient solidement l'hypothèse de phénomènes douloureux dès la vie intra-utérine.

PATHOLOGIES FŒTALES DOULOUREUSES • À ce jour, le fœtus douloureux du fait d'une pathologie prénatale est totalement ignoré, et aucune thérapeutique antalgique n'est, à notre connaissance, pratiquée, ni même envisagée in utero. Certaines malformations pourraient pourtant être à l'origine d'une douleur fœtale. L'exemple type en est le laparochisis. Dans cette pathologie, les anomalies du rythme cardiaque fœtal observées chez certains patients pourraient être expliquées par des phénomènes douloureux dus à des lésions de l'intestin extériorisé. La démonstration de tels phénomènes douloureux anténatals aurait des conséquences importantes au plan conceptuel, comme au plan pratique. Dans un premier temps, cela pourrait pousser les réanimateurs à prodiguer une analgésie efficace aux enfants dès les premiers instants, en salle de naissance.

Conclusion

La médecine fœtale, après avoir défini son champ d'action et mis au point les techniques d'investigation et de traitement in utero, se doit d'intégrer d'autres aspects de la prise en charge du fœtus. Le traitement de la douleur fait incontestablement partie de ces nouveaux objectifs. Il convient désormais de déterminer les populations réellement exposées à la douleur en anténatal, afin de leur administrer une thérapeutique adaptée. Dans l'immédiat, il paraît important de prévenir la douleur fœtale de façon systématique, dans toutes les situations à risque.

Interruption médicale de grossesse

Marie-José SOUBIEUX et Michel SOULÉ

Législation

En France, initialement réglemantée par la loi du 17 janvier 1975, l'interruption médicale de grossesse (IMG) a progressivement vu se modifier le cadre de son application et de sa mise en œuvre.

Après la loi du 4 juillet 2001 et le décret du 3 mai 2002 qui prolonge le délai de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) de 12 à 14 SA, les indications d'IMG, renommée « interruption de grossesse pratiquée pour motif médical » sont clairement différenciées

en deux catégories faisant appel à des procédures différentes : l'IMG pour raison maternelle et l'IMG pour raison fœtale.

Rappelons que la loi autorise l'IMG si « la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ».

Dans les deux cas, l'IMG est l'aboutissement d'une demande de la femme ou du couple, acceptée ou refusée par une équipe appartenant à un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (centres créés par la loi du 30 juillet 94 et mis en fonctionnement dès 1999) au sein duquel la présence d'un psychiatre ou d'un psychologue est obligatoire.

Deux médecins doivent attester du bien-fondé de l'IMG, mais le recours à l'expert n'est plus nécessaire. Il s'agit d'une procédure collégiale. Ce partage de la décision et la cohérence du discours médical favorisent le dialogue avec le couple et apportent un soutien moral. Cependant, le fait que le psychiatre psychanalyste puisse être l'un des médecins qui autorisent l'IMG questionne sur son rôle. Comme l'écrit F. Sirol [51], « cet engagement n'est-il pas en contradiction avec son souci de donner à la pensée l'ouverture nécessaire pour faire évoluer les idées dans un dialogue ouvert ? ».

Entre la décision et l'intervention

C'est une phase fondamentale, au cours de laquelle une élaboration psychique est possible si le couple est soutenu et accompagné par l'équipe soignante et le psychiatre psychanalyste.

Ce temps est très important car il permet de mieux comprendre ce que représentait ce futur bébé pour la femme et l'homme qui l'attendaient. Pendant ce moment, ils doivent trouver, l'un et l'autre, les pensées et les attitudes les plus en accord possible avec eux-mêmes. En effet, cet acte aura souvent un retentissement tout au long de la vie de la famille, que ce soit sur le couple, les aînés ou les enfants à venir.

Fréquemment, les parents souhaitent raccourcir ce temps car cette situation d'attente de la mort de leur fœtus leur est insupportable et les confronte à une toute-puissance vertigineuse, celle de donner la mort. Leur identité a vacillé : ils ne se considèrent plus comme de futurs parents et, en même temps, ils ne sont plus comme avant.

Dans certains services, une sage-femme rencontre les couples avant l'IMG afin de les informer du déroulement de l'hospitalisation et de l'intervention [48]. Cet entretien est important car il permet d'aborder de nombreux thèmes auxquels ils n'ont pas encore pensé : mort du fœtus, possibilité de le voir, organisation possible d'obsèques⁽¹⁾, rites religieux, devenir du corps, autopsie, déclaration à l'État civil, congés, prestations...

Ces entretiens sont difficiles à mener car la charge émotionnelle est intense et les parents ne sont pas toujours prêts à entendre parler de leur fœtus comme d'un petit être. Pour certains, il est encore très abstrait, voire irréprésentable. Néanmoins, cet entretien constitue un point d'appui très utile à la réflexion et à l'élaboration psychique qui se poursuivra avec le psychanalyste. Il permet de commencer à mobiliser l'anxiété signal des parents

(1) Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DG/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'État civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus.

qui vont pouvoir anticiper de manière créative l'événement au lieu de rester dans une angoisse sidérante et désorganisatrice [47]. Pendant cette période, les femmes n'osent plus toucher leur ventre. Parfois, elles ne sentent plus leur bébé bouger. Elles souhaiteraient qu'il meure naturellement et rapidement afin que ce cauchemar cesse et que la vie recommence comme avant. Elles ont peur de cet accouchement (souvent, de surcroît, ce sont des primipares) qui va donner naissance à un bébé mort. Elles ont peur de mourir en même temps que leur fœtus comme si c'était le châtiment à payer pour avoir osé prendre la décision de mort sur leur fœtus. La colère, le sentiment d'injustice, la culpabilité, la honte sont des sentiments fréquemment retrouvés. Les hommes sont très préoccupés par l'état de leur compagne. Ils ont peur pour sa santé physique et psychique et se sentent impuissants à l'aider. Dans ce contexte, le fœtus est relégué au second plan. La filiation est touchée. Les parents ne peuvent se reconnaître, ni reconnaître l'enfant idéalisé attendu qui devait s'inscrire dans la lignée familiale et les perpétuer. Ils ne peuvent régler leur dette à l'égard de leurs parents : « une dette de vie inconsciente enchaîne les sujets à leurs parents ; à leurs ascendants. » [5]. Les grands-parents, de leur côté, impliqués par leur éventuelle responsabilité dans la transmission de la pathologie, peuvent jouer un rôle important dans la prise de décision d'interrompre ou non la grossesse.

Le moment de l'interruption

En France, les IMG sont rarement réalisées sous anesthésie générale, contrairement à ce qu'imaginent la plupart des couples. Il s'agit d'un accouchement par voie basse avec déclenchement préalable du travail. Selon les équipes, le geste actif d'euthanasie fœtale peut être effectué la veille ou le jour du déclenchement, avant le début du travail ou en per partum [49].

La question des conditions et du moment de la mort du fœtus ainsi que de sa souffrance éventuelle est toujours retrouvée. Ulérieurement se posera celle de voir le fœtus, thème déjà parfois abordé avant l'IMG. L'accompagnement par l'équipe, notamment par la sage-femme, est capital à cette phase du processus. En effet, il n'est nullement question ici d'imposer une pratique codifiée qui pourrait avoir des effets délétères pour le couple, mais d'être au plus près de leur représentation du fœtus. Parfois, c'est un bébé avec une place déjà située dans la famille, d'autres fois c'est une entité plus abstraite que le couple évite de nommer. Être à l'écoute des termes employés qui traduisent le type d'investissement du fœtus (objet ou narcissique), respecter la temporalité de chacun dans la souffrance et l'élaboration psychique de ce vécu dramatique est essentiel dans ces situations à haut risque psychologique pour l'ensemble de la famille.

Après l'interruption

Après une IMG, les couples sont parfois fermés, agressifs et revendicateurs. Cependant, avec une écoute empathique sans interprétation, ils associent aisément sur les événements du passé, ce qui peut constituer un puissant levier thérapeutique.

La douleur, le chagrin sont toujours présents, parfois intolérables pour l'entourage impuissant qui voudrait les gommer par des formules toutes faites, mais insupportables pour les parents.

Cette douleur est à respecter. « Là où il y a douleur, c'est l'objet

absent, perdu, qui est présent » [50]. La douleur protège de la mort et de la folie : « dans le travail du deuil, ce n'est pas la douleur qui travaille : elle veille » [46], une douleur que la femme revendique car elle est l'ultime lien qui l'unit à son bébé.

Atteinte dans son intégrité physique, la femme éprouve des sensations kinesthésiques de manque, de vide, comme chez l'amputé. Elle connaît aussi de réelles transformations corporelles qui s'inscrivent définitivement.

Souvent, la femme souffre d'un profond sentiment de solitude, même si, paradoxalement, elle compose avec un besoin impératif de se mettre en retrait, d'être seule avec son bébé mort qu'elle refuse de partager. Cette solitude, nécessaire, constitue une étape obligée, elle donne le temps à la femme de se réapproprier l'enfant dans son nouvel état. De son côté, l'homme souffre également, mais le plus souvent en silence. Sa douleur est d'autant plus grande qu'il se sent incapable de reconforter sa compagne. Ce sentiment d'impuissance qu'il a du mal à tolérer le conduit parfois à des attitudes d'incompréhension et de rage à son égard. Ces situations où la vie est si proche de la mort entraînent des remaniements psychiques qui peuvent provoquer une déchirure, voire une rupture dans le couple ou, au contraire, une réorganisation plus solide.

La culpabilité est toujours présente en lien avec le sentiment d'avoir commis une faute imaginaire qui serait responsable de la pathologie et une faute réelle : la décision d'IMG.

C'est la culpabilité qui vient tarauder certaines femmes chaque nuit. Essayer de la comprendre, de lui donner sens dans l'histoire personnelle et ainsi de l'atténuer peut permettre une élaboration du traumatisme. Mais la culpabilité est aussi un sentiment à respecter car elle se situe du côté de la vie.

Le vécu des frères et sœurs

L'IMG n'a pas seulement un retentissement sur le psychisme des parents, elle peut également avoir des conséquences sur la fratrie. Le couple, déstabilisé dans son rôle de parents, peut être désemparé et ne plus trouver l'attitude à adopter, ni les réponses à apporter aux questions de leurs enfants. Sans chercher à tout dire – ce qui d'ailleurs pourrait être néfaste –, les parents doivent pouvoir apporter des explications qui pourront donner du sens à ce que perçoivent les enfants de cet événement grave.

La mort du fœtus peut venir concrétiser un fantasme chez l'ainé et perturber ainsi son évolution psychique. En effet, dès l'annonce de la grossesse de sa mère, l'enfant est habité par une grande ambivalence : avoir un petit compagnon, mais en même temps maintenir sa place privilégiée auprès de ses parents. Depuis qu'il est tout petit, l'enfant éprouve une violente curiosité pour les différences sexuelles et pour le fonctionnement du corps de ses parents qui peuvent à tout moment fabriquer un autre bébé. Selon l'âge de l'enfant, ces questions s'élaboreront psychologiquement de manière différente.

M. Klein fait l'hypothèse d'une émergence très précoce de fantasmes archaïques chez le tout-petit. Selon elle, l'agressivité se porte contre le contenu du ventre maternel : l'enfant vit le ventre de sa mère comme remplie d'embryons qu'elle peut mettre au monde. Il souhaite donc les détruire ou les voler.

Ces fantasmes prégenitaux d'attaque du contenu du ventre maternel (mauvais objet, rempli de pourriture...) deviennent réaliés pour l'ainé si le fœtus est malade (il faut le jeter). C'est ce qui se passe lorsqu'il y a une interruption de grossesse.

Plus tard, environ après 2 ans, ces fantasmes laisseront place à une problématique œdipienne. Satisfait d'avoir un nouveau camarade, l'aîné souhaite l'arrivée d'un frère ou d'une sœur. La petite fille s'identifiera à sa mère. Le petit garçon voit se raviver son désir de grossesse, son identification à la mère, mais également sa tristesse et sa déception face à l'impossibilité pour lui d'avoir une grossesse. Pour la petite fille, il apparaît que sa mère a la place privilégiée. Le petit garçon, lui, éprouve un sentiment de jalousie vis-à-vis de son père.

Tous ces sentiments peuvent s'accompagner de mouvements d'agressivité. Ils ravivent les grandes interrogations sur la sexualité et plus précisément sur la scène primitive et l'angoisse qui la sous-tend. Cette agressivité, très profonde, peut se concrétiser en souhait de mort. Lorsque la grossesse est interrompue, la réalisation de ses souhaits peut alors engendrer une forte culpabilité. La croyance en la toute-puissance magique de sa pensée peut amener l'enfant à construire un système de défense de type névrose obsessionnelle.

Dans ces situations difficiles, il nous semble important que les parents informent leur(s) enfant(s) de la grossesse, puis de la maladie du fœtus. Progressivement, ils pourront évoquer la gravité de la pathologie et le risque léthal. Ces explications doivent être adaptées à l'âge de l'enfant et à sa compréhension de la maladie et de la mort. En revanche, il ne nous semble pas souhaitable que les parents informent de leur décision d'IMG, qui les placerait dans un rôle quasi démoniaque de toute-puissance de vie ou de mort sur leur enfant. Parfois, il peut être nécessaire que l'enfant aîné puisse bénéficier de quelques entretiens psychothérapeutiques lui permettant la verbalisation de ses angoisses et de ses pensées coupables. Le psychanalyste peut donc avoir un rôle d'aide et de prévention.

Maltraitance à fœtus

Michel SOULÉ et Marie-José SOUBIEUX

Sa prise en compte n'est pas encore bien établie et sa prévention commence seulement. Nos connaissances sur ce sujet se développeront comme nous l'avons fait à partir des années 1970 pour les mauvais traitements à bébés. Notre méconnaissance peut être volontaire par crainte de mettre à jour des problèmes psychologiques, mais aussi socio-économiques difficilement aménageables. Pourtant, des études [52] montrent l'importance des dommages que ces mauvais traitements peuvent induire, et leur prévention a donc un double aspect somatopsychique et économique.

Mauvais traitements par toxiques

Les principaux toxiques impliqués sont le tabac, l'alcool, les drogues, les médicaments et les intoxications industrielles. Ces molécules néfastes traversent la barrière placentaire et agissent donc directement sur le fœtus. Leurs effets sont variables selon la dose et le moment du développement du cerveau fœtal. Le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) atteint en France chaque année 7 000 nouveau-nés. Les conséquences sont les défauts de développement du cerveau, du corps, des retards intellectuels, des troubles cognitifs (dyscalculie). La dépression maternelle prénatale, désormais mieux reconnue, explique la recherche de l'effet anxiolytique

et antidépresseur de l'alcool ou du tabac. Les maternités qui développent cette prévention substituent désormais un médicament antidépresseur finalement moins toxique. Parallèlement, une aide sociale et psychologique soutient le sevrage.

Maltraitance par violence et coups

Elle est souvent masquée, difficilement avouée par les victimes et maladroitement retrouvée par les intervenants. En France, on situe entre 4 et 8 p. 100 des grossesses la violence par coups [53]. Les études épidémiologiques font apparaître plusieurs paramètres prévalents : solitude, chômage du conjoint et, plus encore, exigüité du logement, niveau socio-économique bas, défaillance intellectuelle. On retrouve, après la naissance, une prématurité ou un faible poids. Les troubles de développement du fœtus peuvent être dus aux traumatismes, à l'anxiété, à la crainte, à la dépression, à l'autonégligence, à un désordre alimentaire et au recours au tabac et à l'alcool.

Les agresseurs sont divers : père, ami, entourage. Les structures psychopathologiques des agresseurs ne sont pas électives. Désormais, une prévention se développe. Elle exige une prise en charge concertée, multifactorielle, psychologique et socio-économique. En France, un entretien systématique au quatrième mois de toute grossesse devrait favoriser cette prévention.

Autres maltraitements

Il faudrait aussi décrire les conséquences des accidents, les chutes, des accidents de voiture ou d'une conduite inconsciente. Ils sont involontaires ou constituent la manifestation d'une structure à risque. Certaines mères poursuivent la pratique de sports qui comportent pourtant des risques pour le fœtus.

De toutes façons, on connaît mieux maintenant toutes les situations qui entraînent le désinvestissement du fœtus par ses parents. La « haine » du fœtus, pulsion désormais mieux connue, est à la base de toutes ces formes de mauvais traitements.

On ne tient pas encore compte, par ignorance, des conséquences des mauvais traitements infligés au placenta et qui constituent une maltraitance biologique du fœtus.

Consentement éclairé

Michel SOULÉ et Marie-José SOUBIEUX

La médecine fœtale et le diagnostic anténatal peuvent aboutir à des indications thérapeutiques ou dramatiques qui ne se rencontrent pas dans les autres secteurs de la psychiatrie infantile. En France désormais, la notion de consentement éclairé s'impose tout particulièrement dans la médecine anténatale [54]. De plus, il s'agit, dans cette médecine, de problèmes qui touchent la mère et le père, le fœtus et toutes ses significations. Les décisions peuvent avoir des conséquences immédiates, mais aussi à plus longue durée. Ne pas en tenir compte minutieusement engage la responsabilité des intervenants, comme en témoigne (en France), les accusations ultérieures portées contre eux avec des procès médico-légaux. Dans les autres pays de l'Europe, les risques changent selon la nature des interventions que la loi nationale autorise.

aux chiffres du quotient de développement notés dans un groupe de soixante-neuf enfants élevés en prison par leurs mères incarcérées, mais disponibles pour s'occuper de l'enfant. Le quotient de développement se maintient à 105 pendant la même durée d'observation. W. Goldfarb à partir de deux groupes de quinze enfants âgés de 24 à 35 mois, dont l'un était élevé en institut et l'autre en foyer nourricier depuis l'âge de 4 mois, a noté un écart de 28 points entre les moyennes des quotients intellectuels des deux groupes, mesurés par le test de Stanford Binet. Fait remarquable, il a retrouvé la même différence entre deux groupes d'enfants âgés de 10 à 14 ans, au détriment de celui lui comprenant des enfants élevés entre 6 mois et 3 ans et demi en institution.

Sur le *plan relationnel et affectif*, le comportement de l'enfant est fait de peu d'intérêt pour ce qui se passe autour de lui, d'inertie, d'apathie, de repli sur soi, d'absence de jeux ; on note en règle des manifestations auto-érotiques, au moins dans un premier temps, car elles peuvent ensuite disparaître, l'enfant ne pouvant même plus prendre son propre corps comme objet de plaisir. Un état de stupeur catatonique apparaît, avec une répugnance à toucher les objets, des pauses inhabituelles et bizarres des doigts et des mains. Ce tableau majeur est celui de *l'hospitalisme* sévère décrit par R. Spitz [26] lors de l'élevage habituel et continu en collectivité d'enfants dans des conditions nettement frustrantes et impersonnelles ; mais il est aussi retrouvé dans le milieu familial. Le terme d'hospitalisme a eu beaucoup de succès, on l'utilise volontiers actuellement, ce qui peut prêter à confusion, pour désigner tout état de carence affective sévère et prolongée ; ainsi parle-t-on aussi d'hospitalisme intrafamilial.

Il est important de souligner que de nombreux travaux ultérieurs ont confirmé les premiers travaux des pionniers que nous avons cités plus haut : ce sont par exemple ceux de M. Ainsworth [2] et ceux qui se situent dans l'orbite et la suite de J. Bowlby et de sa notion d'attachement [6], besoin psychologique primaire inné élaboré à partir de la clinique et des données des observations éthologiques et expérimentales chez l'animal, ceux d'E. Pikler [21] ou encore de M. David et G. Appell [8]. Plusieurs études ont été publiées récemment sur ce sujet, notamment à l'occasion des situations de carences très sévères de soins maternels observées dans des orphelinats roumains, depuis le début des années 1990. Évoquons d'abord l'étude publiée sous le titre « L'hospitalisme en l'an 2000, développement psychologique d'enfants dans un orphelinat roumain » [24]. Cette étude confirme tout à fait la sévérité des conséquences d'une carence précoce sévère et prolongée de soins maternels. Elle a été réalisée par une équipe suisse et elle est particulièrement instructive. On sait que la politique nataliste de Ceausescu était fondée sur l'absence de contraception, sur une interdiction absolue de l'avortement ainsi que sur la prise en charge gratuite des enfants que leur famille ne voulait pas ou ne pouvait pas assumer dans des institutions appelées *Leagan*, ce qui veut dire « berceau ». Ainsi fut créé une mentalité de désresponsabilisation des parents les plus démunis à l'égard de leurs enfants qu'ils ont pris l'habitude de confier à des institutions. Cette étude prospective pendant 2 ans (1998-1999) d'enfants institutionnalisés dès la naissance dans un orphelinat roumain a été réalisée dans des conditions méthodologiques aussi rigoureuses que possible. La population étudiée a comporté cinquante-quatre enfants dont ont été écartés ceux qui présentaient une suspicion d'atteinte organique cérébrale. À l'âge moyen de 8 mois, l'échelle de développement de Bailey qui permet d'évaluer le niveau de développement global des enfants de 0 à 30 mois (et composé de

trois sous-échelles, l'une mesurant les compétences cognitives, la deuxième la motricité fine et globale et la troisième le comportement en situation d'interaction sociale) a révélé pour les échelles cognitives et motrices (qui fournissent un indice de développement dit mental [MDI] et moteur [PDI]) un âge de développement moyen de 4,5 mois. À l'âge moyen de 32 mois, l'âge mental moyen est de 18 mois ; le développement moteur est légèrement moins retardé. L'usage du test ECSP (évaluation de la communication sociale précoce) portant sur les principaux paramètres de la communication (interaction, attention conjointe, régulation du comportement) apporte des nouvelles façons d'appréhender l'hospitalisme et les carences : on note avant tout un déficit d'initiative dans l'échange pour les enfants. Le niveau d'activité symbolique, en référence à la conception de Piaget, est rarement atteint. À l'âge moyen de 32 mois les enfants obtiennent des performances correspondant à un niveau de 17 à 24 mois.

Au niveau psychopathologique, on note un « défaut dans la construction d'un sentiment d'identité, empêchant l'émergence d'un sujet assumant ses désirs et l'appropriation de sa pensée ». Ces auteurs insistent sur la gravité des troubles que l'on ne peut pas uniquement évoquer en termes de retard des acquisitions des fonctions instrumentales ou ranger sur le seul signe du déficit, mais plutôt considérer comme une atteinte globale comme on l'entend dans un trouble envahissant du développement. C'est « la construction de l'identité du sujet qui est touchée, entraînant des distorsions au stade ultérieur : c'est l'éclatement des pulsions, leur toxicité, leurs représentations qui sont atteintes ; c'est l'établissement des relations d'objet qui est obérée, toute la structure psychique est affectée ». Cette équipe met par ailleurs bien en évidence ce que la pratique clinique de nombreuses équipes confrontées à de telles situations a pu repérer, à savoir la notion (nous allons la développer un peu plus loin dans le chapitre implications thérapeutiques et préventives) de très grandes résistances institutionnelles et personnelles rencontrées en vue de modifier le fonctionnement d'une telle pouponnière.

La question de la *réversibilité des perturbations engendrées par la carence* est évidemment au centre du problème de l'avenir de tels enfants. Il est loin d'être facile d'y répondre, vu la complexité et le caractère encore imparfaitement connus des facteurs intervenant dans le développement psychologique. Il y a lieu là de citer les résultats de deux études récentes précisément à propos des enfants roumains élevés en pouponnière. La première réalisée par M. Rutter et al. [23] évalue la réversibilité après adoption dans une famille anglaise de 144 Roumains (âgés de 42 mois ou moins) élevés en orphelinats, très carenciels, en comparaison avec 52 enfants âgés de 6 mois ou moins et adoptés et nés en Grande-Bretagne.

Il apparaît bien que le déficit cognitif est associé à la carence institutionnelle et à sa durée. Le suivi (6 ans d'âge) montre qu'il y a un assez bon degré de restauration après le retour dans une famille éducative normale. Des déficits cognitifs majeurs persistent chez une minorité substantielle : l'index cognitif général est de 25 points inférieur chez ceux qui ont été adoptés après 2 ans, versus ceux qui l'ont été avant 6 mois, quel que soit le degré de malnutrition.

Une deuxième étude [29] porte sur la fréquence des troubles psychiatriques chez les enfants roumains préscolaires élevés en orphelinat (136 enfants). Il apparaît que les enfants qui ont une histoire de séjour institutionnel prolongé ont plus de troubles psychiatriques que les enfants sans séjour institutionnel (53,2 versus 22 p. 100). Les enfants institutionnalisés, puis placés en

famille d'accueil ont moins de troubles psychiatriques internalisés que les enfants qui continuent à avoir les soins habituels. Les garçons ont plus de troubles que les filles au regard de l'environnement donneur de soins. À l'inverse des filles, les différents symptômes psychiatriques ne sont pas réduits chez les garçons après le placement en famille d'accueil.

Même si certains auteurs comme M. Rutter [22, 23] pensent que l'on a exagéré les conséquences des soins maternels ou d'autres que l'on sous-estime les effets de la résilience, il n'apparaît pas douteux cependant qu'une carence importante et prolongée dans les trois premières années entraîne selon l'expression de J. Bowlby des « dommages (non seulement graves), mais durables ». Ainsi l'efficacité intellectuelle et langagière est-elle réduite par rapport aux possibilités initiales. L'organisation de la personnalité plus ou moins, mais définitivement appauvrie et perturbée dans ses modalités qualitatives d'échanges interactionnels et relationnels avec l'entourage et dans la régulation de sa vie émotionnelle. Des troubles de la personnalité sévères sont signalés ; ainsi un travail récent de Wismer et al. [28] met-il l'accent sur la fréquence des troubles de la personnalité schizotypique nettement plus importante en fonction de la durée de la privation maternelle dans les deux premières années.

Une autre recherche récente [12] porte sur la dysrégulation neuro-endocrinienne (hypothalamo-hypophyso-surrénalienne) liée à la carence précoce de soins maternels chez des enfants ayant vécu une telle carence, puis été adoptés. Il apparaît que les « enfants post-institutionnalisés » montrent des élévations prolongées du cortisol urinaire consécutives à une période d'interaction mère-enfant, mais pas à une période d'interaction adulte non familier-enfant, et des élévations d'autant plus importantes que la négligence a été sévère.

Manifestations cliniques d'une carence importante liée à des séparations répétées

Soulignons d'emblée le fait que la séparation d'un nourrisson avec sa mère n'est génératrice de carence que si l'enfant est placé dans un milieu d'accueil où l'interaction avec un substitut maternel est insuffisante ou si les épisodes de séparation sont fréquents et entraînent des ruptures relationnelles itératives, génératrices de l'appauvrissement des échanges dont nous venons de parler. Bien entendu, avant son éventuel effet carenciel, la séparation peut réaliser une expérience traumatique dont les manifestations en particulier du deuxième semestre sont maintenant bien connues. Ainsi une séparation temporaire, suffisamment prolongée avec la mère, mais aussi avec l'environnement familial habituel (père, frères et sœurs, objets, etc.) entraîne-t-elle des réactions dont J. Robertson et J. Bowlby ont remarquablement décrit l'évolution en trois phases : phase de détresse, avec protestation active et bruyante, agitation, cris, pleurs, refus de se laisser approcher ; phase de désespoir avec désarroi intense et état de retrait ; phase de détachement au cours de laquelle l'enfant accepte les soins de n'importe quel substitut maternel, semblant perdre tout attachement pour sa mère. Si la mère revient, les réactions de l'enfant sont variables, notamment en fonction de la phase évolutive de ce processus : réaction d'attachement anxieux, agressivité manifeste au début, un certain désintérêt. Tout finit par rentrer dans l'ordre,

sans dommages apparents, mais non sans une plus grande sensibilité aux séparations ou aux menaces de séparation ultérieures, si la séparation n'a pas été trop longue et si le milieu d'accueil a été de bonne qualité.

En cas de séparation suffisamment prolongée et de défaut de soins compensateurs, on peut observer l'état stuporeux, de retrait, appelé par R. Spitz « dépression anaclitique » [25], voire les manifestations de l'hospitalisme [26] si la carence massive se poursuit. Ce qui doit être plus particulièrement souligné dans cette étude de la carence affective précoce est le fait que des séparations répétées se faisant dans de mauvaises conditions arrivent en définitive à reproduire des effets apparemment équivalents à ceux d'une carence prolongée et importante.

En effet, à partir d'une séparation initiale, un cercle vicieux s'installe, aggravant constamment les choses, l'enfant devient moins interactif, répond moins aux sollicitations de son entourage ou bien adopte une position de dépendance plus ou moins clairement agressive. Tout cela fait qu'il est de plus en plus mal supporté par sa mère ou par ceux qui s'occupent de lui, ce qui risque d'être à l'origine d'une nouvelle séparation sous des raisons diverses (problèmes somatiques et hospitalisation par exemple) et d'aggraver la situation. Malheureusement, ces périples sont d'observation quotidienne, surtout pour les enfants qualifiés de « cas sociaux » où à la faille familiale bien vite avalisée se substituent des interventions fréquentes, généreuses mais ponctuelles, qui font encore trop souvent subir à un enfant un itinéraire chaotique de placements institutionnels en placements nourriciers, compromettant alors toute les tentatives d'aboutir rapidement à son insertion dans un milieu familial substitutif suffisamment chaleureux. En définitive, toutes ces situations ont bien des chances d'engendrer une évolution où aux aspects de retard de développement et d'appauvrissement de la vie psychique précédemment décrits s'associeront des traits d'abandonisme [17] fait d'un important sentiment d'insécurité interne, d'attitude de revendication affective, de provocations masochistes. L'anxiété d'abandon, les sentiments dépressifs d'infériorité, le besoin d'une relation anaclitique [18] sur laquelle s'appuyer transparentement derrière ces comportements et traduisent des failles narcissiques importantes.

Dans un certain nombre de cas, d'authentiques états dépressifs ou bien des conduites antisociales (J. Bowlby a très tôt attiré l'attention sur ce point dans son travail de 1946 sur les antécédents familiaux de quarante-quatre voleurs [26]) apparaîtront ultérieurement lors de la grande enfance ou de l'adolescence notamment. Ces conduites antisociales peuvent alors s'intégrer, mais pas toujours, à un contexte de perturbation de la personnalité se traduisant par des passages à l'acte impulsifs, agressifs, parfois dangereux, sans culpabilité manifeste et par une incapacité à tout attachement prolongé et satisfaisant, faisant évoquer des traits de la psychopathie. De très nombreux travaux ont porté sur ces conditions de ruptures relationnelles précoces avec carence chez les enfants, adolescents et adultes ayant des conduites antisociales.

Il y a lieu de noter que les tableaux cliniques que nous venons de décrire peuvent laisser la place à des manifestations moins marquées mais tout aussi problématiques dans certaines situations de carences dites « larvées ». Ces carences peuvent se voir aussi bien dans la famille (mère déprimée sur un plan chronique, investissement limité de l'enfant par les parents, conditions de garde de mauvaise qualité non compensées par le milieu familial) que dans

les institutions d'enfants où, malgré les progrès d'ensemble, persistent souvent encore des soins aux enfants trop fragmentaires, discontinus et impersonnels. Ils ont évidemment plus de chance d'être méconnus car leurs manifestations sont moins nettes et plus partielles : manque d'initiative, curiosité réduite, jeux pauvres, certain degré de passivité dans les contacts et la relation avec les autres, etc. La DC : 0-3 dans la rubrique « trouble secondaire aux situations de carence et de maltraitance » [11] met l'accent, d'une part, sur le retrait émotionnel et l'inhibition ou sur l'indiscrimination et la mise en œuvre de comportements d'attachement indifférenciés. On rappelle par ailleurs que les troubles du « syndrome de comportement vide » décrit par L. Kreisler [15] et traduits par une grande instabilité psychomotrice, une insomnie sévère, un retard de croissance, des infections à répétition, une pelade, tous ces éléments paraissent relever d'une atonie affective globale, renvoyaient volontiers à un contexte psychologique marqué par la permanence du vide relationnel : une vie dans l'isolement affectif ou marquée par des séparations itératives, placements, déplacements ou bien par une relation « blanche » avec une mère qui, du fait des circonstances ou de sa personnalité ou de l'existence d'une dépression, prive chroniquement son enfant sur le plan affectif et relationnel.

Ces carences font pourtant peser, même si c'est à des degrés moindres, les mêmes risques d'appauvrissement intellectuel, langagier et émotionnel, de sentiment d'insécurité et d'abandonisme en cas de ruptures relationnelles répétées.

Implications curatives et préventives

Tout ce qui vient d'être rappelé à propos des carences de soins maternels montre l'importance des efforts à faire dans ce domaine, tant sur le plan curatif que préventif. Nous avons déjà vu les effets positifs, certes partiels en cas d'institutionnalisation sévère précoce et prolongée, d'une adoption ou d'un placement en famille d'accueil, à propos de plusieurs travaux réalisés [23, 29] chez des enfants roumains placés dans les pouponnières dès la naissance. Nous n'allons donc pas y revenir.

Mais il faut aussi évoquer les difficultés rencontrées dans l'abord thérapeutique des nourrissons de familles carencées [10]. Médecins et travailleurs sociaux sont en effet fréquemment confrontés à des familles où ils découvrent l'ampleur des carences sanitaires, éducatives et sociales au sein desquelles se développent les enfants. Les uns tentent d'y remédier en faisant hospitaliser les jeunes enfants à l'occasion des infections banales de la petite enfance ou en demandant un placement. D'autres, touchés par les marques d'attachement de la mère ou des deux parents à l'égard de l'enfant et conscients des risques que comportent aussi les placements, s'efforcent de maintenir les enfants dans leur famille et résistent aux mesures séparatrices, tout en constatant les très grandes difficultés d'aide à de telles familles enfermées dans leurs résistances aux changements et dans la répétition. En effet, comme le montrent l'observation et l'écoute des parents par les personnes qui s'efforcent d'entrer en contact avec eux, les éléments d'anamnèse avec ses caractéristiques et la structure familiale constituent un ensemble qui suggère que la défaillance parentale est liée directement ici à l'effet à long terme transgénérationnel des mêmes carences, narcissiques notamment, vécues par les parents dans

leur première enfance, carences autour desquelles se sont développées leur personnalité, leur histoire, la constitution de leur couple, couple qui, à son tour, va les reproduire et y exposer ses enfants. L'étude des interactions entre le nourrisson et le couple parental, avant tout la mère dans ces familles carencées, montre comment se constitue une « sous-alimentation narcissique primaire du nourrisson en rapport avec l'ignorance par ses parents de ses manifestations spontanées, de ses besoins psychologiques, auxquels ne sont apportés ni regard, ni sens, ni réponse, en même temps qu'il est, à certains moments, inondé par des stimulations résultant des projections parentales qui sont inintégrables dans la mesure où elles se produisent au hasard des impulsions de ses parents, sans rythme ni rapport avec ses besoins ». Ces stimulations qui se situent volontiers dans une relation de trop grande proximité alternent avec des périodes d'abandon, abandon macroscopique, mais aussi microscopique à l'intérieur même des séquences d'interactions. Tous les travaux le montrent, ces nourrissons sont des candidats extrêmement exposés aux hospitalisations-placements ; or ils sont particulièrement mal équipés pour résister aux carences institutionnelles qui viennent s'ajouter à celles vécues au sein de la famille. Il est donc d'un intérêt vital pour ces nourrissons de familles carencées d'œuvrer simultanément dans deux directions ; d'une part développer les soins des nourrissons et de la fonction parentale précoce dans des centres de jour équipés à cet effet (avec des possibilités de visite à domicile) ; d'autre part équiper les lieux d'accueil en internat, de façon non seulement à en éradiquer les facteurs de carence, mais aussi à introduire des programmes thérapeutiques où au traitement du nourrisson proprement dit sont associés soins et traitement de la fonction parentale précoce.

La deuxième remarque concerne précisément la question de l'éradication de l'état de carence dans le milieu d'accueil de l'enfant à plein temps, qu'il s'agisse d'un séjour transitoire (hospitalisation, par exemple) ou d'un séjour prolongé (pouponnière, foyer ou centre de l'assistance sociale à l'enfance...). Bien des travaux ont montré que le cadre accueillant et la présence d'un personnel compétent dévoué aux enfants peuvent faire illusion quant à la vie offerte aux enfants dans une collectivité et persuadent beaucoup de personnes qu'un tel milieu n'engendre aucune carence affective pour les enfants. Seule une étude systématique particulièrement attentive permet de connaître l'expérience individuelle réellement vécue par l'enfant, laquelle est trop souvent caractérisée par la pauvreté quantitative et qualitative de contacts sociaux et leur occurrence bien trop exclusivement déclenchée par les besoins et les soins obligatoires à l'enfant. Des efforts ont donc eu lieu dans le sens d'une plus grande personnalisation des soins et disponibilité à l'enfant. Or cette individualisation des soins a permis de reconnaître que l'organisation même de la vie de l'institution est une réaction de défense contre la menace affective et inconsciente que le contact étroit avec un nourrisson qui n'est pas le sien représente pour une jeune infirmière, auxiliaire de puériculture. Cette dernière remarque ne doit pas pour autant faire renoncer à cet objectif d'éradication de la carence. Les remarquables travaux d'E. Pikler et de son équipe [21] à la pouponnière de Lóczy à Budapest, de G. Appell et M. David [3, 8] et de bien d'autres équipes encore ont montré qu'il était possible, malgré de grandes difficultés rencontrées, de réaliser un maternage de qualité en accompagnant réellement le nourrisson dans sa découverte de lui-même comme du monde extérieur, en faisant appel à sa participation active et en coopérant à ses mouvements et efforts

insécurité légère avait la même fonction protectrice et, dans tous les cas, n'avait pas de valeur pronostique négative. Par ailleurs, un autre élément est confirmé et constituera un fondement pour de nouvelles études : il s'agit du lien entre l'attachement désorganisé ou mixte et un traumatisme parental non résolu ou une lourde conflictualité chez les *caregivers* avec lesquels l'enfant a établi ses premiers liens d'attachement. C'est dans cette direction que George [111], Liotti [69], Crittenden [21] et Lyons-Ruth [71] ont mené, au cours des années suivantes, les travaux les plus intéressants, concernant soit des traumatismes aigus, graves et non résolus, soit des stress répétés et/ou cumulatifs. Parmi les points analysés figurent les problèmes liés à la présence de parents déprimés⁽³⁾ et à l'accumulation des facteurs de risque dans les couples complémentaires.

Dans le même temps, Fonagy et Target [45] ont décelé, dans les capacités de mentalisation et dans le soi réflexif, de possibles facteurs de compensation aux difficultés précoces d'attachement.

Stern a concentré son attention sur l'intersubjectivité comme système motivationnel fondamental chez l'être humain, qui fonctionnerait déjà, à un stade embryonnaire, au moment de la naissance [113]. Les études de l'école de Parme confirment cette hypothèse : Rizzolatti [96] a découvert la présence des « neurones miroirs », ayant le rôle d'informateurs spécifiques pour le sujet quant à ses propres mouvements et aux intentions liées aux mouvements des autres. Actuellement, les recherches en cours montrent un retard d'activation, et non une absence de ces neurones, chez les sujets autistes à haut fonctionnement : s'ouvre donc le chapitre de l'influence réciproque entre l'enfant et le *caregiver*, même lorsque ce dernier est lent dans l'activation de ses « neurones miroirs ».

Ce mécanisme est aujourd'hui étudié dans des populations particulières ainsi que chez des singes. Il pourrait vraisemblablement jouer un rôle fondamental au cours de la vie de l'individu, à travers la modification des étapes d'acquisition de la « théorie de l'esprit », de la mémorisation de l'expérience intersubjective et de son utilisation dans différentes situations futures.

Point de vue institutionnel et interventions cliniques

Nous tenons à développer cet aspect car, dans l'intervention préventive ou thérapeutique avec les enfants de parents psychotiques, une lecture multifocale de la situation clinique est nécessaire, même quand la prise en charge, pour différentes raisons, concerne seulement l'enfant.

Dans la plupart des cas, une bonne intervention (brève et ponctuelle) est liée à la possibilité de connaître la façon dont l'individu utilise son intersubjectivité dans les différentes situations de la vie, donc à la possibilité d'agir directement sur son contexte. La lecture en termes institutionnels est donc centrale : il ne s'agit pas d'un ensemble préétabli de services, mais d'un réseau fonctionnel qui s'organise par rapport aux nécessités contingentes de l'individu.

Nous avons longtemps travaillé dans une situation privilégiée : nous étions dans un territoire relativement limité, nous représentions le seul lieu de soins disponible pour répondre aux besoins

des mineurs, et nous nous sommes engagés dans un grand effort initial pour mettre en place un travail conjoint avec les services psychiatriques pour les adultes et pour les toxicomanes. Nous pouvions également compter sur un service social polyvalent et commun à tous ces services. C'est pourquoi nous avons décidé de développer une classification des familles dysfonctionnelles, dans lesquelles au moins l'un des parents présentait une pathologie mentale et avait consulté dans un service pour adultes. La particularité de cette classification de familles dysfonctionnelles est qu'elle implique une correspondance avec des stratégies d'intervention spécifiques, que nous avons réussi à grouper et à comparer, malgré leur grande variété.

Ce modèle a été appliqué pendant des années et s'est avéré utile, même lorsque les parents présentaient une pathologie mentale latente ou n'accédaient pas aux services psychiatriques, en raison d'une tolérance de la part du groupe social ou d'une négation de la maladie.

Les enfants de parents atteints de troubles mentaux étaient signalés par les organismes judiciaires ou sociosanitaires. Leur nécessaire prise en charge a mis en évidence que la thérapie individuelle comme seul type d'intervention était insuffisante ; les professionnels ont été obligés de prendre en considération le contexte plus large de la communication et de l'organisation systémique des noyaux familiaux d'appartenance, bien au-delà de la définition de fonctionnement ou du dysfonctionnement. Du point de vue de l'intervention clinique, l'utilisation d'une classification des aspects dysfonctionnels a permis le dépassement du point de vue structurel. Prenons par exemple la théorisation d'Eiguer [32] sur les « familles narcissiques » ou « redipiennes », ainsi que la classification de Cusinato [23] sur les « familles autoréférentes ». Ces classifications systémiques ne considèrent donc pas les aspects structurels individuels ; ces derniers ont toutefois un rôle fondamental dans la connaissance diachronique.

Le principal objectif de notre classification des modalités interactives dans les familles de notre étude (toutes dysfonctionnelles) était de disposer de facteurs pronostiques qui contribuent à établir des hypothèses sur l'évolution psychopathologique et à planifier les interventions. Nos premières impressions ont été que :

- cette classification des modalités interactives peut fournir des indications particulièrement fiables à ce propos ;
- les modifications dans l'organisation psychique des enfants coïncident avec des changements, des désorganisations et des réorganisations des modalités interactives.

Naturellement cela peut paraître tautologique car, dans la définition de ces catégories, nous avons essayé de tenir compte de l'interaction au niveau phénoménologique et réel ainsi que de l'interaction fantasmatique, avec sa force d'organisation et de désorganisation du noyau familial. La représentation des familles, intégrant les structures de leurs membres, modifie l'interaction réelle et est modifiée par elle. Une modification de l'un de ces deux niveaux induit nécessairement une modification de la symptomatologie chez les membres de la famille.

En revanche, les données obtenues grâce à cette étude nous permettent d'affirmer que, chez certains mineurs, apparaissent non seulement des modifications dans la symptomatologie, mais également de véritables changements de structure, y compris à la pré-adolescence et à l'adolescence. Pourtant, les structures sont habituellement jugées très stables du point de vue psychopathologique. En particulier, dans certains cas, un passage de structures

(3) Les mères dans un premier temps [20], puis les pères.

psychotiques à des organisations de type trouble de la personnalité apparaît clairement.

De plus, cette classification nous a permis d'identifier des situations où la modalité d'intervention devait forcément passer par une action menée par les services psychologiques, dont l'objectif était de créer, chez le mineur, les bases pour une reconstruction d'un imaginaire familial différent dans un nouvel environnement.

Actuellement, nous sommes confrontés à deux mythes :

- celui de pouvoir modifier positivement tout milieu familial, ce qui évite d'« arracher les enfants à leurs mères » ;
- celui de faire changer l'environnement des enfants le plus tôt possible, avec l'idée sous-jacente que leur placement dans des familles ou des groupes d'accueil fiables puisse tout résoudre.

Cette classification nous permet également de comprendre les cas observés d'une façon moins dichotomique. Aucun changement bénéfique, aucune réorganisation positive menée par les services sanitaires ne peut être possible, sans qu'un préalable un travail psychologique préparatoire ne soit fait, y compris dans les cas où l'intervention aboutit à un éloignement. L'éloignement est voué à l'échec si, par la suite, on néglige le travail de réélaboration des fantasmes et de réorganisation personnelle que le mineur devra accomplir.

Quoi qu'il en soit, il ne faut jamais perdre de vue les possibilités infinies de réorganisation qui sont propres aux êtres humains, y compris dans des situations présentant des facteurs de risque fondamentaux et associés.

Les indications pronostiques sont très différentes, en fonction de la qualité et de la gravité de la pathologie des parents qu'induit ce type d'organisation et des possibilités concrètes de prise en charge. Ainsi, l'intervention :

- concerne directement le mineur ;
- consiste à orienter le mineur vers d'autres lieux de soin ;
- prévoit la médiation d'une structure éducative.

Le type de famille que nous rencontrons influence, d'une part, notre possibilité d'intervenir sur le dysfonctionnement communicatif et, d'autre part, le type de modifications que nous pouvons réellement espérer produire. Nous avons défini les principaux modèles d'interaction familiale [36] suivants :

- la *famille barricadée* : le noyau familial apparaît particulièrement cohésif et met en place des frontières très rigides qui le séparent du monde extérieur. Chaque membre de la famille a un fort sentiment d'appartenance à ce noyau auquel il s'identifie. Il existe une dialectique rigide dedans-dehors, fondée sur une angoisse de persécution fondamentale ; la menace potentielle vient principalement de l'extérieur et occasionnellement d'un autre membre du noyau familial. Les principales défenses sont le clivage, la projection et le contrôle tout puissant de l'objet [31]. Les fantasmes renvoient à l'encerclement, à la dévoration et à l'anéantissement de la famille ainsi qu'à une scène primaire confuse et à la monstruosité infantile. Les individus susceptibles de contribuer à la création de ce type d'interaction présentent des personnalités *borderline*, schizophréniques et paranoïaques ;
- la *famille litigieuse* : la cohésion du noyau familial y est aussi très élevée, bien que niée. Son identité est forte et caractérisée par une collusion perverse et un fonctionnement sado-masochiste. L'angoisse de persécution est surtout dirigée vers les autres membres de la famille, érigés les uns contre les autres. Souvent la conflictualité est niée face au monde extérieur. Les principales défenses sont le clivage, l'identification projective, la projection et le contrôle. Les fantasmes concernent la perte, la

nuisance réciproque ainsi que la persécution à l'intérieur même de la famille. La communication entre ses membres est très dysfonctionnelle, caractérisée par la confusion, la mystification et une extrême conflictualité. Les pathologies présentes dans ce type de famille sont diverses, mais nous retrouvons le plus souvent des personnalités *borderline*, paranoïaques et avec une dépendance pathologique (en particulier à l'alcool) ;

- la *famille désorganisée* : il existe plusieurs niveaux de désorganisation, allant de la rupture déclarée des liens familiaux à des formes de relation instables et intermittentes, en passant par des situations intermédiaires. Dans tous les cas, les membres sont incapables d'organiser des rythmes et des réponses aux besoins de base des autres. L'identité familiale peut être revendiquée sur un plan fantasmatique, bien que totalement inexistante dans la réalité. Nous retrouvons des angoisses de persécution, d'abandon et de fragmentation qui, en fonction des cas, engendrent des attitudes vis-à-vis des services psychologiques caractérisées par l'avidité, la dépendance, la revendication ou la demande d'assistance. Les défenses sont surtout liées à la négation et à la confusion, fondées sur une forme de pensée incohérente, où le principe de non-contradiction est absent. Le monde fantasmatique est caractérisé par une fluctuation continue entre positions extrêmes, actives ou passives : dévorer ou être dévorés, contrôler ou être contrôlés, interpréter ou être démasqués. On passe de l'inconsistance à la manipulation. Dans ce groupe, nous retrouvons surtout des personnalités oligophréniques, *borderline* et psychopathiques paranoïaques ;

- la *famille coartée* : elle est aussi caractérisée par une forte cohésion et une identité prononcée, mais également par une attitude de couverture réciproque des aspects pathologiques les plus graves. Souvent, l'un des membres du couple parental présente un bon fonctionnement et réussit à maintenir son rôle, sans être englouti dans la pathologie de l'autre (en général, atteint d'une grave dépression ou d'une psychose dissociative). Cependant, il y arrive grâce à un renforcement des aspects surmoïques de contrôle, à une autoréduction des besoins et des échanges (agressifs aussi bien que libidinaux) et à une congélation obsessionnelle et inhibitoire. L'angoisse de persécution semble moins violente et envahissante que dans les situations précédentes. Les défenses sont déployées contre l'angoisse de fragmentation du noyau familial. Les principales sont le contrôle, la formation réactionnelle, la répression et le refoulement ;

- la *famille déprimée* : cette famille est très cohésive et particulièrement réceptive aux influences extérieures. Les frontières qui définissent son identité varient à chaque moment en fonction des besoins émergents et des éventuelles réponses pouvant venir de l'extérieur. L'angoisse est dépressive, typiquement liée à des fantasmes de perte, d'abandon et de carence. La famille construit des liens analytiques fondés sur une autodévalorisation. Le niveau conflictuel est bas, d'avantage focalisé sur ce qui manque que sur ce qui peut être cherché, notamment à cause d'une coartation de tout le monde fantasmatique. Aussi ce type de famille n'exprime-t-il aucune demande. Les principales défenses sont celles typiques de la névrose (inhibition, refoulement...), et elles s'accompagnent d'un abaissement global du niveau des investissements affectifs et de la mentalisation des conflits. Là où nous avons constaté, dans les autres types de famille, un déni du conflit, nous observons dans celui-ci une réduction du niveau vital des investissements affectifs. Ce sont des personnalités déprimées, névrotico-obsessionnelles et *borderline*.

Pathologie maternelle et effets sur les enfants

De nombreuses études ont cherché à prouver une correspondance univoque entre des aspects particuliers de la pathologie parentale et la pathologie des enfants ainsi que leurs évolutions.

Mères déprimées

Certains facteurs, comme par exemple la dépression du post-partum ou de la grossesse et les attachements insécures, ont fait l'objet d'études à court ou à long terme. Les résultats ont certes montré des effets immédiats sur les enfants, mais les effets étaient moins évidents au fur et à mesure qu'ils étaient observés à long terme. Il est malheureusement difficile de différencier la pathologie spécifique des facteurs associés.

Récemment, des travaux longitudinaux [45, 97] ont remis en cause l'effet pathogène de certains facteurs auxquels avait pourtant été attribuée une grande importance, parmi lesquels l'attachement insécure, détectable chez l'enfant d'à peine un an à l'aide d'une procédure d'évaluation simplifiée d'une durée de 21 minutes seulement ou d'une interview prédictive adressée à ses parents. Les anciennes hypothèses ont été progressivement démantelées. Des méta-analyses ont mis en évidence une différence de la prévalence de l'attachement insécure dans certains cas. Main et Crittenden [72] ont développé des classifications de l'attachement insécure plus complexes, dépassant la trop simple dichotomie sécure/insécure. Crittenden a même remis en cause la valeur prédictive de l'attachement désorganisé. Nous savons que ce dernier est lié à des traumatismes non résolus chez les parents mais, dans d'autres cas, ne pourrait-il pas représenter seulement un moment de réorganisation des différentes fonctions avant une étape évolutive importante ? Nous avons pu le constater dans de nombreux cas, en observant l'évolution d'enfants prématurés en situation de risque grave [39] : la désorganisation dans leur style d'attachement disparaissait après quelques mois et n'annonçait pas le début d'une pathologie.

Nous retrouvons à l'adolescence, plus facilement qu'à d'autres périodes de la vie, un attachement clairement évitant, ambivalent ou désorganisé. Les styles d'attachement mixtes sont plus fréquents chez des adolescents souffrant de troubles du comportement ou de la personnalité et qui se sont structurés au cours des années. En revanche, déceler une correspondance univoque entre le type d'attachement à l'adolescence et dans la première année de la vie n'est pas évident, puisque nous savons désormais que des traumatismes, des événements particuliers ou une thérapie peuvent modifier son organisation. Nous avons effectué des études sur des adolescents adoptés après des expériences infantiles dévastatrices et des traumatismes très graves ainsi que sur des adolescents qui étaient nés prématurément avec un pronostic vital incertain. Nous avons retrouvé dans cette population des capacités d'adaptation et de modification positive du style d'attachement, qui ont fait évoluer notre opinion sur cette question [37]. En particulier, ces adolescents pouvaient réussir à atteindre un attachement sécure ou légèrement évitant.

En ce qui concerne la dépression maternelle du post-partum, tous s'accordent sur son effet immédiat de « déconcompte » chez le bébé, entraînant un ralentissement de son développement cognitif et affectif. Nous rappelons l'expérience

désorganisatrice bien connue dite du *still face* [120], mais également le manque d'accordage affectif et émotionnel et la pauvreté de modulations intermodales de compréhension du besoin et de la réponse, observables dans ces dyades mère-bébé.

Cependant, ce tableau clinique ne s'organise au cours du temps en une pathologie stable que si la dépression maternelle demeure et si l'enfant ne trouve pas des objets d'attachement substitutifs. À ce propos, Hay [54] retrouve fréquemment chez l'enfant des troubles cognitifs, du comportement (violence) et de l'attention, même en absence de dépression maternelle. Henriksson et McNeil [55] ont observé une acquisition de la marche après 18 mois, des difficultés visuelles, une énurésie, des troubles du comportement et du langage jusqu'à 4 ans, tandis que les enfants des mères schizophrènes présentent une angoisse, une compétence sociale limitée, un manque de coopération et un éloignement des autres adultes ou enfants ainsi que, parfois, un TDHA.

Selon Cooper et Murray [20], différents types de traitement (guidance, médicaments antidépresseurs, thérapie cognitive, thérapie mère-enfant) ont les mêmes effets sur la dépression maternelle, mais ne s'accompagnent pas d'une amélioration des interactions mère-enfant.

Une importante étude de Kurtstjens et Wolke [65], effectuée sur un échantillon de 1 329 mères primipares, prouve que la dépression maternelle en elle-même n'a pas d'incidence sur le développement cognitif de l'enfant, si au moins l'une de ces conditions n'est pas remplie :

- la dépression devient chronique ;
- l'enfant a un problème de santé en période néonatale ;
- d'autres facteurs de risque sont présents.

Dans leur expérience, Morrel et Murray [80] ont suivi des enfants jusqu'à l'âge de 8 ans. Ils ont retrouvé des troubles du comportement avec une hyperactivité entre 5 et 8 ans, chez des enfants qui avaient une dérégulation émotionnelle à l'âge de 9 mois. Ils ont également noté des comportements particuliers (hostiles chez les garçons, coercitifs chez les filles), ayant un rôle de transition entre la dépression post-natale et le trouble du comportement qui allait se développer.

La présence de nombreux facteurs de protection, de vulnérabilité ou de résilience liés à l'environnement incite à ne pas adopter une vision déterministe de la dépression maternelle. Toutefois, toutes ces études longitudinales prouvent l'existence de périodes sensibles de vulnérabilité chez le bébé, par exemple entre 9 et 12 mois. Quand les deux parents sont bipolaires [59], il existe de graves troubles du sommeil, une instabilité de l'estime de soi, des styles de *coping* dysfonctionnels, des stratégies inhabituelles pour le règlement des affects et des haut niveaux d'affects négatifs.

Contrairement à ce que rapporte la littérature [11], dans notre expérience, les enfants de mères avec une dépression, même chronique, ont surtout des troubles de type névrotique. Même les enfants avec des troubles de la personnalité ont généralement une évolution positive, puisque leur mère déprimée autorise une prise en charge sur une longue période.

Mères psychotiques

Dans notre étude longitudinale, nous avons mis en évidence les éléments suivants :

- les enfants des mères psychotiques arrivent dans les services psychiatriques plus tardivement par comparaison à d'autres enfants présentant des pathologies similaires ;

	Intitulés CFTMEA	Codes CIM	CIM-10
6.13	Trouble de l'attention sans hyperkinésie	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
6.18	Autres troubles cognitifs et des acquisitions scolaires	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
6.19	Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires non spécifiés	F81.9	Troubles du développement, des acquisitions scolaires, sans précision
6.2	<i>Troubles psychomoteurs</i>		
6.20	Retard psychomoteur (troubles spécifiques du développement moteur)	F82	Trouble spécifique du développement moteur
6.21	Tics	F95.9	Tic, sans précision
6.210	• Tics isolés transitoires	F95.0	Tic transitoire
6.211	• Tic moteur ou vocal chronique	F95.1	Tic moteur ou vocal chronique
6.212	• Maladie de Gilles de la Tourette	F95.2	Forme associant tics vocaux et tics moteurs (syndrome de Gilles de la Tourette)
6.28	Autres troubles psychomoteurs	F83	Troubles spécifiques mixtes du développement
6.29	Troubles psychomoteurs non spécifiés	R62.8	Troubles spécifiques mixtes du développement physiologique
7	Troubles des conduites et du comportement		
7.0	<i>Troubles hyperkinétiques</i>		
7.00	Hyperkinésie avec troubles de l'attention	F90.0	Perturbation de l'activité et de l'attention
7.08	Autres troubles hyperkinétiques	F90.8	Autres troubles hyperkinétiques
7.09	Troubles hyperkinétiques non spécifiés	F90.9	Trouble hyperkinétique, sans précision
7.1	<i>Troubles des conduites alimentaires</i>		
7.10	Anorexie mentale		
7.100	• Anorexie mentale restrictive	F50.0	Anorexie mentale
7.101	• Anorexie mentale boulimique	F50.0 + F50.2	Anorexie mentale + boulimie (<i>bulimia nervosa</i>)
7.11	Anorexie mentale atypique	F50.1	Anorexie mentale typique
7.12	Boulimie	F50.2	Boulimie (<i>bulimia nervosa</i>)
7.13	Boulimie atypique	F50.3	Boulimie atypique
7.14	Troubles des conduites alimentaires du nourrisson et de l'enfant	F98.2	Trouble de l'alimentation non organique du nourrisson et de l'enfant
7.15	Troubles alimentaires du nouveau-né	F98.2	Trouble de l'alimentation non organique du nourrisson et de l'enfant
7.18	Autres troubles des conduites alimentaires	F50.8	Autres troubles de l'alimentation
7.19	Troubles des conduites alimentaires non spécifiés	F50.9	Trouble de l'alimentation, sans précision
7.2	<i>Conduites suicidaires</i>		
	Tentative de suicide, suite immédiate	Z91.50	Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées
	Antécédents de tentatives de suicide	Z91.58	Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées, autres et non précisés
	Idées suicidaires	R45.8	Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur
7.3	<i>Troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool</i>		
7.3x9	• Alcool	F10.—	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool
7.3x0	• Morphiniques	F11.—	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés
7.3x1	• Cannabis	F12.—	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis
7.3x2	• Hypnotiques et tranquillisants	F13.—	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques
7.3x3	• Cocaïne	F14.—	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne

	Intitulés CFTMEA	Codes CIM	CIM-10
7.3x4	• Autres stimulants*	F15.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine*
7.3x5	• Hallucinogènes*	F16.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes*
7.3x6	• Tabac*	F17.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac*
7.3x7	• Solvants volatils*	F18.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils*
7.3x8	• Autres substances psychoactives*	F19.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives*
	*Préciser le type de trouble mental :		*Préciser le type de trouble mental :
7.30X	Intoxication aiguë	.0	Intoxication aiguë
7.31X	Utilisation nocive pour la santé	.1	Utilisation nocive pour la santé
7.32X	Syndrome de dépendance	.2	Syndrome de dépendance
7.33X	Syndrome de sevrage	.3	Syndrome de sevrage
7.34X	Syndrome de sevrage avec délirium	.4	Syndrome de sevrage avec délirium
7.35X	Trouble psychotique	.5	Trouble psychotique
7.36X	Syndrome amnésique	.6	Syndrome amnésique
7.37X	Trouble résiduel ou psychotique tardif	.7	Trouble résiduel ou psychotique tardif
7.38X	Autres troubles mentaux et du comportement	.8	Autres troubles mentaux et du comportement
7.39X	Troubles mental ou du comportement sans précision	.9	Troubles mental ou du comportement sans précision
7.4	Troubles de l'angoisse de séparation	F93.0	Angoisse de séparation de l'enfance
7.5	Troubles de l'identité et des conduites sexuelles		
7.50	Troubles de l'identité sexuelle	F64.2	Troubles de l'identité sexuelle de l'enfance
7.81	Troubles de la préférence sexuelle	F65.9	Troubles de la préférence sexuelle, sans précision
7.52	Manifestations en rapport avec des préoccupations excessives concernant le développement sexuel et son orientation	F66.0	Trouble de la maturation sexuelle
7.58	Autres troubles des conduites sexuelles	F66.8	Autres troubles du développement psychosexuel
7.59	Troubles des conduites sexuelles NS	F66.9	Trouble du développement psychosexuel, sans précision
7.6	Phobies scolaires	F94.8	Autres troubles du fonctionnement social de l'enfant
7.7	Autres troubles caractérisés des conduites		
7.70	Pyromanie	F63.1	Tendance pathologique à allumer des incendies (pyromanie)
7.71	Kleptomanie	F63.2	Tendance pathologique à commettre des vols (kleptomanie)
7.72	Trichotillomanie	F63.3	Trichotillomanie
7.73	Fugues	F91.8	Autres troubles des conduites
7.74	Violence contre les personnes	R45.6	Violence physique
7.75	Conduites à risque	F91.8	Autres troubles des conduites
7.76	Errance	F91.8	Autres troubles des conduites
7.78	Autres troubles caractérisés des conduites	F91.8	Autres troubles des conduites
7.8	Autres troubles des conduites et des comportements	F91.8	Autres troubles des conduites
7.9	Troubles des conduites et des comportements non spécifiés	F91.9	Troubles des conduites, sans précision
8	Troubles à expression somatique		
8.0	Affections psychosomatiques	F45.0	Somatisation
8.1	Troubles psychofonctionnels	F45.- (voir CIM)	Troubles somatoformes
8.2	Troubles hypochondriaques	F45.2	Troubles hypochondriaques

	Intitulés CFTMEA	Codes CIM	CIM-10
8.3	Énurésie	F98.0	Énurésie non organique
8.4	Encoprésie	F98.1	
8.5	Troubles du sommeil	F51.9	Troubles du sommeil non organique, sans précision
8.6	Retard de croissance psychogène	F94.8 + R62.9	Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance + retard du développement physiologique, sans précision
8.8	Autres troubles à expression somatique	F45.8	Autres troubles somatoformes
8.9	Troubles à expression somatique non spécifiés	F45.9	Troubles somatoformes, sans précision
9	Manifestations et symptômes divers		
9.0	Symptômes anxieux		
9.00	Attaque de panique	F41.0	Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique)
9.01	Anxiété généralisée	F41.1	Anxiété généralisée
9.08	Avec autres manifestations anxieuses	F41.8	Autres troubles anxieux précisés
9.1	Symptômes conversifs		
9.10	Symptômes moteurs de conversion	F44.4	Troubles moteurs dissociatifs
9.11	Symptômes sensoriels de conversion	F44.6	Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles
9.12	Multiples symptômes de conversion	F44.7	Trouble dissociatif (de conversion) mixte
9.18	Autres symptômes de conversion	F44.8	Autres troubles dissociatifs (de conversion)
9.2	Symptômes phobiques	F91.8	Autres troubles des conduites
9.20	Avec symptômes agoraphiques	F40.0	Agoraphobie
9.200	• Agoraphobie sans trouble panique	F40.00	Agoraphobie sans trouble panique
9.201	• Agoraphobie avec trouble panique	F40.01	Agoraphobie avec trouble panique
9.21	Phobies sociales	F40.1	Phobies sociales
9.22	Phobies scolaires	F94.8	Autres troubles du fonctionnement social de l'enfant
9.23	Phobies spécifiques (isolées)	F40.2	Phobies spécifiques (isolées)
9.24	Dysmorphophobie	F45.2	Trouble hypochondriaque
9.28	Autres symptômes phobiques	F40.8	Autres troubles anxieux phobiques
9.3	Manifestations obsessionnelles-compulsives (TOC)		
9.30	Idées obsédantes au premier plan	F42.0	TOC avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan
9.31	Rituels compulsifs au premier plan	F42.1	TOC avec comportements compulsifs (rituels obsessionnels) au premier plan
9.32	Forme mixte	F42.2	TOC : forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs
9.38	Autres manifestations obsessionnelles-compulsives	F42.8	Autres TOC
0	Variations de la normale		
0.0	Angoisses, rituels, peurs	F93.1	Troubles anxieux phobiques de l'enfance
0.1	Moments dépressifs	F38.0	Autres troubles de l'humeur (affectifs) isolés
0.2	Conduites d'opposition	F91.8	Autres troubles des conduites
0.3	Conduites d'isolement	F93.1	Troubles anxieux phobiques de l'enfance
0.4	Difficultés scolaires non classables ailleurs	Z55.4	Difficultés liées à une mauvaise adaptation éducative et difficultés avec les enseignants et les autres élèves
0.5	Retards ou régressions transitoires	R62.8	Autres retards du développement physiologique
0.6	Aspects originaux de la personnalité	R46.8	Autres symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement

fonctionnement mental, les handicaps et les limitations apportés par le processus autistique au développement sont néanmoins reconnus dans leur importance et leur impact sur la vie de l'enfant. Parallèlement aux actions thérapeutiques visant à améliorer le fonctionnement mental, des actions éducatives et rééducatives sont proposées pour parer à certains de ces handicaps.

Apport du mouvement pédopsychiatrique français

Le mouvement pédopsychiatrique français a eu une position originale [41, 42] en renouvelant, à partir du concept de psychose, le cadre nosographique dans lequel se situe l'autisme infantile. La plupart des auteurs français considèrent ainsi que l'autisme infantile tel que l'avait décrit L. Kanner ne constitue qu'une forme, certes bien isolée et caractéristique, mais une forme cependant parmi d'autres, d'un groupe de troubles très précoces de la personnalité, troubles entraînant des déficiences majeures dans l'organisation du moi de l'enfant, de son appareil psychique et de sa relation au monde et à autrui ainsi que des retards ou des distorsions du développement dans les domaines cognitif, praxique, affectif et de langage. Ces auteurs ont choisi de dénommer « psychoses infantiles précoces » ces troubles qui déburent durant les trois ou quatre premières années de la vie.

La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) [35] distingue ainsi les formes cliniques suivantes :

- *L'autisme infantile précoce* tel que l'a décrit L. Kanner ;
- *les autres formes de l'autisme infantile* proches de l'autisme de L. Kanner, mais se distinguant de celui-ci par des variations cliniques ou symptomatiques ;
- *les dysharmonies psychotiques* [42]. La CFTMEA a isolé ce cadre nosographique comme une forme de psychoses précoces, mais de survenue cependant plus tardive que l'autisme proprement dit, tel qu'il a été décrit par L. Kanner, et apparaissant souvent après un premier temps de développement normal. S'il existe parfois dans ces formes une rupture avec la réalité et un trouble dans les relations à autrui, ceux-ci sont le plus souvent moins intenses que dans l'autisme et les processus de pensée et de langage ont généralement pu se mettre en place, même si le fonctionnement en est souvent perturbé par l'infiltration de processus fantasmatiques. Plus récemment, les chercheurs américains ont décrit un syndrome, le *multiple complex developmental disorder* (MCDD) [36]. Ce syndrome, même s'il n'utilise pas les mêmes concepts, correspond, sur le plan clinique, au même type d'enfants que celui décrit dans le cadre de la classification française comme « dysharmonies psychotiques ».

Les caractéristiques de ce groupe sont les suivantes :

- les manifestations n'apparaissent qu'à partir de 3-4 ans ;
- la symptomatologie peut être variable d'un cas à l'autre et, pour le même enfant, au cours de l'évolution. Les échecs dans les premiers essais de scolarisation sont très fréquents ;
- l'anxiété, toujours intense, peut prendre des formes diverses : angoisses de néantisation, angoisses dépressives ou de séparation, phobies diverses ;
- le rapport avec la réalité est fragile, toujours menacé de rupture ;
- les processus de pensées sont, à certains moments, désorganisés par l'irruption d'affects intenses et des représentations fantasmatiques d'une grande crudité. Il existe un risque de confusion entre le monde intérieur envahissant et le monde externe ;
- des attitudes de retrait et des limitations dans les interactions sociales sont présentes, mais moins intenses que dans l'autisme ;

– malgré cela, certains enfants semblent présenter l'apparence, à certains moments, d'une adaptation de surface à leur environnement ;

- *les psychoses précoces déficitaires*. Ces psychoses déficitaires se caractérisent par l'association d'embles de signes d'atteinte intellectuelle avec retard mental sévère et certains déficits instrumentaux souvent complexes et d'un noyau psychotique avec des signes de la série psychotique (angoisses, troubles relationnels, fantasmes angoissants).

L'individualisation de ces deux derniers cadres nosographiques a permis que l'autisme de L. Kanner garde sa spécificité et que, parallèlement, les troubles graves et précoces de la personnalité puissent être repérés et décrits tant dans leur symptomatologie que dans leurs modalités de fonctionnement psychique.

Psychose déficitaire et dysharmonie psychotique constituent, à elles seules, des troubles deux à trois fois plus fréquents que l'autisme pur de L. Kanner. Ces auteurs ont tenté de préciser la symptomatologie et les mécanismes psychopathologiques caractéristiques de ces deux formes de psychoses précoces.

Les questions concernant les cadres nosographiques au sein desquels il convient d'inscrire l'autisme et les formes apparentées de celui-ci ont souvent donné lieu à de vifs débats et à des controverses animées où s'opposaient deux grandes tendances : l'une plus centrée sur les phénomènes psychopathologiques, la vie intérieure de l'enfant autiste, les modalités d'appréhension du monde et la relation à autrui ; l'autre plus centrée sur les distorsions du processus développemental dans ses aspects essentiellement cognitifs.

Ces orientations divergentes quant à la nature du processus autistique et les controverses qui en ont découlé ont eu des conséquences dans le domaine des soins et de la prise en charge : certains pédopsychiatres, sans oublier la nécessité des apports éducatifs et pédagogiques, privilégient les approches psychothérapiques telles qu'elles peuvent être pratiquées au sein de structures de soins de type hôpital de jour, alors que d'autres centrent leurs interventions exclusivement sur des actions éducatives, pédagogiques voire comportementales, le plus souvent dans le cadre d'instituts médico-éducatifs spécialisés.

Deux grandes tendances s'opposent ainsi :

- pour l'une, l'autisme entre dans le cadre général des « psychoses précoces de l'enfant » considérées comme des atteintes globales de la personnalité et de la relation au monde ;
- pour l'autre (qui met l'accent sur l'atteinte au processus développemental), l'autisme serait un « trouble envahissant du développement » entravant, chez le petit enfant, la mise en place des grandes fonctions psychologiques et avant tout générateur de handicaps liés à cette perturbation du développement.

L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse. Convergences ou controverses ?⁽⁴⁾

Bernard GOLSE

Nous vivons, décidément, en France, une bien curieuse époque en matière d'autisme infantile. Après une première période, au cours des années 1960, où les familles ont intensément collaboré avec les

⁽⁴⁾ Ce texte est une version remaniée de l'article paru : Bernard Golse, « L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse. Convergences ou controverses ? », *Enfances & Psy*, 2010, n° 46.

professionnels en les aidant notamment à créer les premiers hôpitaux de jour pour enfants autistes et psychotiques (aujourd'hui regroupés sous le label de troubles envahissants du développement, typiques, atypiques et non spécifiés), une deuxième période a ensuite vu se développer une formidable hostilité des parents à l'égard de la psychanalyse ressentie par eux comme injustement culpabilisante, dans la mouvance des travaux de B. Bettelheim⁽⁵⁾ [47].

Quels que soient les malentendus propres à cette deuxième période, aujourd'hui, nous abordons une troisième période qui n'est pas seulement antipsychanalytique, mais plus fondamentalement antipsychiatrique, voire antimédicale, les parents considérant désormais que les troubles envahissants du développement sont des troubles purement neurodéveloppementaux, qui répondent à un modèle causal linéaire et qui, en tant que tels, n'appellent pas de mesures d'aide psychothérapeutique, mais seulement des approches éducatives, rééducatives et pédagogiques spécialisées⁽⁶⁾.

En tant que responsable de l'un des cinq centres d'évaluation et de diagnostic de l'autisme (CEDA) qui fonctionnent en lien avec le centre de ressources autisme Île-de-France (CRAIF), nous persistons à penser que l'origine des troubles envahissants du développement répond fondamentalement à un modèle polyfactoriel qui, en tant que tel, implique, tout naturellement, la nécessité de recourir à une approche multidimensionnelle (telle que l'a théorisé un auteur comme R. Misès [67]), c'est-à-dire à une approche associant, de manière adaptée à chaque enfant, diverses mesures d'aide appartenant aux trois registres du soin, de l'éducation et de la pédagogie, et ce, sur le fond d'une intégration scolaire digne de ce nom (ce qui n'est pas encore le cas, tant s'en faut, en dépit de la loi de 2005).

Et ce, d'autant, qu'un dialogue entre neurosciences, psychopathologie et psychanalyse s'avère, aujourd'hui, davantage possible qu'il ne l'a jamais été, dans la mesure où les neuroscientifiques, en passant d'une approche du cerveau isolé à une véritable biologie de la relation (attachement, accordage affectif, empathie, imitation, interactions précoces, système des neurones miroir), effectuent le même mouvement conceptuel que celui auquel les psychanalystes ont procédé en passant, quant à eux, de la théorie des pulsions à la théorie des relations d'objet. Dans les deux cas, il y a, en quelque sorte, un décalage du regard vers l'objet et le lien, d'où une attention particulière accordée, en ce moment, au concept d'intersubjectivité et à ses corrélats.

Autisme infantile, intersubjectivité et subjectivation

Nous évoquerons tout d'abord le concept d'intersubjectivité, concept qui nous vient de la psychologie du développement, pour tenter, ensuite, de voir ses articulations possibles avec la question de la subjectivation.

Dynamique de l'accès à l'intersubjectivité

Sous le terme d'intersubjectivité, on désigne – tout simplement ! – le vécu profond qui nous fait ressentir que soi et l'autre,

cela fait deux. La chose est simple à énoncer et à se représenter, même si les mécanismes intimes qui sous-tendent ce phénomène sont probablement très complexes et encore incomplètement connus. Cette question de l'intersubjectivité est actuellement centrale et actuelle, nous semble-t-il, l'éternel débat entre les tenants de l'interpersonnel et ceux de l'intrapersonnel.

Mais, il existe aussi un autre débat, également d'actualité, concernant l'émergence progressive ou, au contraire, le donné d'emblée de cette intersubjectivité. Pour dire les choses un peu schématiquement, on peut avancer l'idée que les auteurs européens seraient davantage partisans d'une instauration graduelle et nécessairement lente de l'intersubjectivité, alors que les auteurs anglo-saxons (comme C. Trevarthen [73] ou D.N. Stern [70], par exemple) le sont surtout d'une intersubjectivité primaire, en quelque sorte génétiquement programmée.

D.N. Stern insiste notamment sur le fait que le bébé nouveau-né est immédiatement apte à percevoir, à représenter, à mémoriser et à se ressentir comme l'agent de ses propres actions (processus d'agentivité des cognitivistes) et que, de ce fait, point n'est besoin de recourir au dogme d'une indifférenciation psychique initiale, si chère aux psychanalystes (quelles que soient leurs références théoriques, ou presque), dogme qui, notons-le au passage, fait immanquablement appel à un certain point de vue phénoménologique.

Les psychanalystes, au contraire, et pas seulement en Europe, insistent sur la dynamique progressive du double gradient de différenciation (extra- et intrapsychique), éloge de la lenteur qui s'ancre notamment dans l'observation clinique des enfants qui s'enlisent dans les premiers temps de cette ontogenèse et qui s'inscrivent alors dans le champ des pathologies dites archaïques (autismes et psychoses précoces), même si cette conception des choses n'implique certes pas une vision strictement développementale de ces diverses pathologies.

Comme toujours dans ce genre de polémique, une troisième voie existe, plus dialectique, et que nous défendrons volontiers. Cette troisième voie consiste à penser que l'accès à l'intersubjectivité ne se joue pas en « tout ou rien », mais qu'il se joue au contraire de manière dynamique entre des moments d'intersubjectivité primaire effectivement possibles d'emblée, mais fugitifs, et de probables moments d'indifférenciation, tout le problème du bébé et de ses interactions avec son entourage étant alors de stabiliser progressivement ces tout premiers moments d'intersubjectivité en leur faisant prendre le pas, de manière plus stable et plus continue, sur les temps d'indifférenciation primitive.

Il nous semble par exemple que la description des tétées par D. Meltzer [66] comme un temps d'« attraction consensuelle maximum » évoque bien ce processus. Selon cet auteur, en effet, lors de la tétée, le bébé aurait transitoirement le ressenti que les différentes perceptions sensitivo-sensorielles issues de sa mère (son odeur, son image visuelle, le goût de son lait, sa chaleur, sa qualité tactile, son portage...) ne sont pas indépendantes les unes des autres, c'est-à-dire ne sont pas clivées ou « démantelées » selon les différentes lignes de sa sensorialité personnelle (celle du bébé), mais qu'elles sont au contraire « mantelées » temporairement, le temps de la tétée.

Dans ces conditions, le bébé aurait alors accès au vécu fugitif qu'il y a, bel et bien, une ébauche d'un autre à l'extérieur de lui, véritable pré-objet qui signe déjà l'existence d'un temps d'intersubjectivité primaire puisque c'est précisément la perception polysensorielle d'un objet qui nous permet de le vivre en exteriorité, comme l'ont bien montré les travaux des cognitivistes [72].

(5) Il va de soi qu'à l'heure actuelle, aucun psychanalyste dûment formé et informé ne peut plus se reconnaître dans ces accusations portées à l'égard des parents, accusations qui, certes, ont pu être formulées, mais qui ont également, parfois, été entendues là où, pourtant, elles n'existaient aucunement.

(6) À propos de ce rappel historique, voir le très récent et très bel ouvrage de Jacques Hochmann, *Histoire de l'autisme*, Paris, Odile Jacob, 2009.

Après la tétée, ce vécu de sensations mantelées s'estompe à nouveau, le démantèlement redevient prédominant et, de tétée en tétée, le bébé va ensuite travailler et retravailler cette oscillation entre mantèlement et démantèlement pour, finalement, réussir à faire prévaloir le mantèlement et, donc, la possibilité d'accès à une intersubjectivité désormais stabilisée.

Ainsi donc, si l'on définit l'intersubjectivité comme l'ensemble des processus permettant à l'enfant, plus ou moins progressivement selon les différentes théories, de ressentir, d'éprouver et d'intégrer profondément que lui et l'autre cela fait deux, alors il n'y a pas d'intersubjectivité possible sans rassemblement des différentes perceptions émanant de l'objet, ce qui suppose une co-modalisation de ces perceptions qui renvoie, en réalité, au concept meltzerien de mantèlement des sensations.

Dès lors, on peut faire l'hypothèse d'un équilibre nécessaire entre, d'une part, le couple dialectique mantèlement-démantèlement (mécanisme intersensoriel) et le phénomène de segmentation des sensations (mécanisme intrasensoriel), étant entendu qu'il n'y a pas de perception possible sans une mise en rythme des différents flux sensoriels.

Ce travail de co-modalisation perceptive ne peut se faire, en effet, que si les différents flux sensoriels s'avèrent mis en *rythmes compatibles*, et si ce travail de co-modalisation s'effectue, comme on le pense aujourd'hui, au niveau du sillon temporel supérieur; alors s'ouvre une piste de travail passionnante, dans la mesure où cette zone cérébrale se trouve également être la zone de la reconnaissance du visage de l'autre (et des émotions qui l'animent), de l'analyse des mouvements de l'autre et de perception de la qualité humaine de la voix.

La voix de la mère, le visage de la mère, le *holding* de la mère apparaissent désormais comme des facteurs fondamentaux de la facilitation de, ou au contraire de l'entrave à, la co-modalité perceptive du bébé, donc de son accès à l'intersubjectivité, et cela nous montre que les processus de subjectivation se jouent fondamentalement, au niveau des interactions précoces, comme une co-production de la mère et du bébé, co-production qui doit tenir compte à la fois de l'équipement cérébral de l'enfant et de la vie fantasmatique inconsciente de l'adulte qui rend performants, ou non, ces divers facilitateurs de la co-modalité perceptive.

En se centrant sur les précurseurs corporels et interactifs de l'accès au langage verbal de l'enfant, notre programme de recherche PILE (programme international pour le langage de l'enfant) – développé de manière collaborative à l'hôpital Necker-Enfants malades de Paris par V. Desjardins et par nous-même [57] – nous sert désormais de paradigme expérimental susceptible d'explorer ces différentes pistes de travail.

De l'intersubjectivité à la subjectivation

C'est, bien évidemment, toute la question du passage de l'interpersonnel à l'intrapersonnel qui se trouve ici posée.

Nous avions pris l'habitude de penser, ou de proclamer, que ce passage ne pourrait jamais être approché que de manière asymptotique et qu'il nous resterait à jamais énigmatique quant à sa nature et à ses mécanismes intimes, au prix d'un hiatus qui serait donc incommensurable par essence et qui ferait notamment le lit de toutes les polémiques entre attachementnistes (spécialistes de l'interpersonnel) et les psychanalystes (spécialistes de l'intrapersonnel).

Personnellement, il nous semble que nous avons maintenant un certain nombre de données cliniques, expérimentales et théoriques, qui nous permettent de penser plus précisément, et plus efficacement, le passage de l'interpersonnel à l'intrapersonnel,

soit, en ce qui nous concerne ici, le passage de l'intersubjectivité à la subjectivation :

- la problématique des « modèles internes opérants » (*working internal models*) de la théorie de l'attachement ;
- le concept de « représentations d'interactions généralisées » de D.N. Stern [70] ;

– les travaux de R. Roussillon [69], enfin, sur le premier autre qui se doit d'être, et qui ne pourrait être que, un objet spéculaire essentiellement « pareil » mais un petit peu « pas pareil » [59], afin que l'altérité puisse s'inscrire sans aliénation, mais aussi sans arrachement ou violence traumatiques.

La subjectivation apparaît dès lors comme une intériorisation des représentations intersubjectives, soit, chez le bébé, comme une intériorisation progressive des représentations d'interactions (dans le domaine de l'attachement ou de l'accordage affectif), mais avec une injection graduelle dans le système de la dynamique parentale inconsciente, de toute l'histoire infantile des parents, de leur conflictualité œdipienne, de leur histoire psychosexuelle, de leur problématique inter- et transgénérationnelle et de tous les effets d'après-coup qui s'y attachent, bien évidemment.

Par rapport à l'intersubjectivité, la subjectivation implique, en outre, une dynamique de spécularisation (l'objet est aussi un autre sujet), et il apparaît désormais que la subjectivation ne se joue sans doute pas en tout ou rien, dans la mesure où certains sujets comme ceux présentant un syndrome d'Asperger semblent bien accéder à la subjectivation grammaticale sans, pour autant, parvenir à mettre en place une subjectivation plus globale, au sens phénoménologique du terme.

Fonctionnement émotionnel des enfants autistes au regard des données neuroscientifiques actuelles

Certaines données cliniques du fonctionnement des enfants autistes se trouvent aujourd'hui confirmées par diverses avancées des neurosciences, et leur prise en compte fait partie intégrante du travail psychothérapique avec ces enfants, en permettant de mieux comprendre leur monde interne.

À titre d'exemples, nous citerons cinq de ces éléments qui caractérisent le dysfonctionnement émotionnel et psychique des enfants autistes.

Démantèlement

Le démantèlement a été décrit par D. Meltzer [66] comme le clivage de la réalité perceptive selon l'axe des cinq flux sensoriels principaux, et il a montré que ce mécanisme physiopathologique jouait chez l'enfant autiste comme un mécanisme de défense à l'égard d'un excès de stimulations sensitivo-sensorielles. On sait aujourd'hui que ce mécanisme existe aussi chez tous les bébés, au début de leur vie. Les travaux, déjà anciens, de G. Lelord [65] à Tours allaient dans le même sens en montrant une difficulté de couplage des perceptions auditives et visuelles au niveau des potentiels évoqués corticaux. Aujourd'hui, on sait que la co-modalisation des flux sensoriels en provenance de l'objet perçu, via notamment le fonctionnement du lobe temporel supérieur, est nécessaire à la prise en compte de l'extériorité de l'objet [71] et donc, peut-être, à l'accès à l'intersubjectivité, si en difficulté chez les enfants autistes. Les travaux de L. Mottron [68] insistent sur l'hypersensibilité auditive et visuelle comme entrave à une polysensorialité harmonieuse.

Identification adhésive

Cliniquement, il apparaît que les enfants autistes ont du mal à prendre en compte l'intériorité de l'objet relationnel humain ou inanimé et qu'ils en surinvestissent les caractéristiques de surface, dans la perspective d'un attachement souvent très désorganisé ou indéterminé. L'accès à la tridimensionnalité de l'objet est donc compromis. Se sentir exister par collage à la surface de l'autre est un phénomène fréquent chez les enfants autistes, bien souligné par les travaux de D. Anzieu [41] ou d'E. Bick [48], aujourd'hui en écho avec les difficultés préalables quant à la mise en place des enveloppes et des contenants psychiques [54, 55, 60, 62].

Identifications projectives et théorie de l'esprit

La notion d'identification projective [49-51, 64], qui permet d'inclure dans l'autre des parties de son propre fonctionnement psychique, est une notion clinique très utile pour comprendre le vécu très perturbé des enfants autistes. Cette notion rejoint aujourd'hui, en partie, le concept cognitif de théorie de l'esprit [45, 53] qui a permis de montrer à quel point les enfants autistes échouent à considérer que l'autre peut avoir des projets, des intentions, voire des désirs différents des siens.

Angoisses de pénétration par le regard d'autrui

Très présentes dans le comportement des enfants autistes (conduites de détournement du regard) et dans le matériel figuré par eux au cours de leur cure (thématique des becs d'oiseau, par exemple), elles ont été récemment confirmées par des techniques de neuro-imagerie objectivant un hyperfonctionnement de l'amygdale temporale lors de certains entrecroisements du regard.

Traitement des objets animés comme des objets inanimés

La difficulté centrale des enfants autistes à entrer en relation avec un partenaire humain trouve aujourd'hui ses corrélats physiopathologiques dans le fait que, à la différence des sujets sains, les enfants autistes analysent, au niveau cérébral, la voix humaine avec les mêmes zones que celles impliquées dans le décodage des bruits et le visage humain avec les mêmes zones que celles impliquées dans l'analyse des objets non humains.

Intérêt et limites d'une vision unifiée de l'autisme infantile : entre neurosciences et psychanalyse

À la lecture des recherches Inserm-CEA menées à Orsay sur l'IRM fonctionnelle dans la pathologie autistique, on serait en droit de se demander si nous ne sommes pas subrepticement passés de l'autisme de Kanner à l'« autisme de scanner » ?

S. Lebovici aimait à dire que « la psychanalyse n'a aucune raison d'avoir peur des avancées actuelles formidables des neurosciences » et ajoutait qu'elle les attend même avec impatience dans la mesure où ces nouvelles données ne pourront que nous servir de nouvelles portes d'entrée dans notre modèle, nécessairement polyfactoriel, de toute situation psychopathologique. C'est dans cette perspective que nous nous situons résolument.

Désormais, nous l'avons déjà dit, le service de Pédiopsychiatrie de l'hôpital Necker-Enfants malades de Paris fonctionne comme l'une des cinq unités d'évaluation du centre de ressources autisme

Ile-de-France (CRAIF) nouvellement créé et, à ce titre, la consultation « autisme » de notre service (animée par L. Robel) et l'unité de jour travaillent en étroite collaboration avec le service de neuro-imagerie du site (dirigé par F. Brunelle). Certains des enfants évalués dans notre service font ainsi partie de la cohorte d'enfants étudiés en IRM par l'équipe de M. Zilbovicius et N. Boddaert [52].

Nous voudrions alors tenter de montrer dans quel raisonnement d'ensemble s'intègrent leurs résultats qui ont défrayé la chronique au cours de l'été 2004 et qui, sans conteste, ont été mal interprétés et exploités de manière excessivement simpliste par les médias et par certaines associations de parents d'enfants autistes.

Ces résultats en neuro-imagerie fonctionnelle prennent en effet leur place dans une approche conjointe, neurobiologique et psychopathologique, de la pathologie autistique, approche conjointe qui nous semble très spécifique du site Necker-Enfants malades où émerge à l'heure actuelle, ce dont il faut se réjouir, un véritable pôle transdisciplinaire autour des troubles du développement neurologique et psychique [58].

Ce que nous aimerions faire sentir, ici, est donc la manière dont ces résultats dans le domaine de la neuro-imagerie s'intègrent dans notre réflexion sur la psychodynamique des états autistiques, c'est-à-dire faire sentir l'état de la réflexion quant à l'articulation entre neurosciences et psychanalyse en matière d'autisme infantile, et ce, dans la perspective d'une vision plus unifiée de cette pathologie si douloureuse.

Après avoir présenté les travaux d'IRM fonctionnelle de l'équipe de M. Zilbovicius et N. Boddaert [52], nous dirons donc un mot de notre conception du rôle de la co-modalité perceptive du bébé dans le processus d'accès à l'intersubjectivité, avant de conclure, de manière résolument optimiste, sur les formidables avancées de la période actuelle.

Deux études d'IRM en 2004 (ou l'« autisme de scanner »)

RECONNAISSANCE DE LA VOIX PAR LES SUJETS AUTISTES [56] • De récentes études d'IRM fonctionnelle ont montré que le sillon temporal supérieur (STS) représente, chez les adultes normaux, la zone spécifique dévolue au traitement des signaux vocaux, et l'aire fusiforme (FFA) celle dévolue à la reconnaissance des visages – la reconnaissance de la voix humaine et la reconnaissance des visages constituant deux axes forts des interactions sociales.

Cette étude d'IRM fonctionnelle a procédé à la comparaison de cinq adultes autistes de sexe masculin avec huit adultes masculins témoins appariés pour l'âge. Le diagnostic d'autisme a été porté selon les critères de l'ADI (*autism diagnostic interview*) et du DSM-IV.

L'expérience consistait en l'écoute passive de deux types d'échantillons sonores (séparés par des intervalles de silence de 10 secondes afin d'éviter tout artefact par contamination) : 21 blocs de sons vocaux (composés de 33 p. 100 de sons vocaux langagiers et de 67 p. 100 de sons vocaux non langagiers) et 21 blocs de sons non vocaux émanant de diverses sources environnementales. Le retour au débit basal (volume de la zone du sillon temporal supérieur) était attendu entre chaque stimulation sonore.

Chez les témoins, il a été observé une activation plus importante du sillon temporal supérieur par les sons vocaux que par les sons non vocaux, tandis que les sons non vocaux n'activent aucune autre région de manière spécifique par rapport aux sons vocaux.

Diagnostic précoce de l'autisme infantile [102]

Pierre FERRARI

Position du problème

Le tableau clinique, décrit par L. Kanner [107], est relativement tardif, et le diagnostic d'autisme infantile n'est encore actuellement souvent porté que vers l'âge de 3-4 ans lorsque devient cliniquement évidente la maladie avec ses signes cardinaux (retrait autistique, souci de l'immuabilité, stéréotypies et absence de langage).

Actuellement, il existe un consensus entre les chercheurs pour convenir que le trouble autistique, dans sa forme typique, débute très précocement, ce qu'avait d'ailleurs déjà pressenti L. Kanner qui pensait même que celui-ci existait dès la naissance. La plupart des auteurs insistent maintenant sur la nécessité d'effectuer un diagnostic très précoce durant les deux premières années de la vie de l'enfant. La précocité du diagnostic permet en effet de mettre en place rapidement une prise en charge thérapeutique et éducative, qui conditionnera elle-même, pour partie, la qualité de l'évolution. On peut en effet légitimement penser que plus des modes relationnels autistiques auront fonctionné longtemps, plus il deviendra difficile d'en inverser le cours ultérieurement.

Le retard à l'établissement du diagnostic est généralement attribué à une sensibilisation insuffisante des praticiens aux symptômes très précoces de l'autisme et au fait que les examens de routine effectués, dans le cadre pédiatrique, durant les premières années de la vie, évaluent à peu près uniquement le développement moteur, intellectuel et perceptif de l'enfant (qui peut apparaître parfois normal dans l'autisme), mais n'apprécient pas, de façon discriminante, les signes les plus fins du registre relationnel et de communication qui est le plus précocement atteint.

Inventaire de signes repérables de suspicion d'autisme durant les dix-huit premiers mois de la vie

Dans un premier temps, l'attention des chercheurs s'est centrée sur le repérage des signes cliniques susceptibles d'être observés dans les dix-huit premiers mois de la vie, qu'il s'agisse alors de signes issus de l'observation directe actuelle de l'enfant ou encore de signes issus d'un entretien avec les parents portant eux-mêmes, un regard rétrospectif sur la première période de vie de leur enfant. Actuellement, les recherches s'orientent vers un diagnostic encore plus précoce, qui pourrait se situer dans le courant de la première année.

Rappelons que les signes observés ne prennent sens et signification que dans la relation interactive du jeune enfant avec son entourage. Un diagnostic précoce n'est possible qu'à partir du regroupement de plusieurs signes ainsi qu'à partir de la constatation de la persistance de ces signes au cours de l'évolution.

Méthode. L'établissement d'un diagnostic précoce repose sur :

- la reprise de l'histoire clinique de l'enfant telle qu'elle peut être reconstituée dans l'entretien avec les parents ou les proches et l'examen pédopsychiatrique actuel, précis, appréciant notamment la nature des échanges de l'enfant avec son entourage ;

- un examen neuropédiatrique soigneux ;
- un enregistrement vidéo de certaines séquences d'interaction de l'enfant et de ses parents, qui peut être parfois utile, s'il permet de visualiser les ébauches de communication entre parents et enfant, leur fluctuation ou leur rupture à certains moments précis, et d'identifier l'existence de certains signes précoces.

Certains auteurs (S. Lebovici, Ph. Mazer [108], D. Sauvage [111]) ont utilisé, dans le but de repérer les signes très précoces d'évolution autistique, l'examen rétrospectif de séquences de films ou de documents vidéoscopiques réalisés par les familles avant même l'établissement du diagnostic. Ces films familiaux, d'un grand intérêt, ont, malgré tout, leurs limites, liées au fait qu'il s'agit de séquences de vie, présélectionnées, organisées par l'entourage et dont l'examen s'effectue hors du contexte de leur tournage.

Par ailleurs, S. Baron-Cohen et al. [96] ont mis au point un questionnaire utilisable par les médecins généralistes ou les travailleurs sociaux lors du bilan de développement des 18 mois (CHAT, version abrégée). Une partie est destinée aux parents, l'autre partie au médecin généraliste et/ou aux travailleurs sociaux.

Signes observés

Nous résumerons ici les principaux signes précocement observés dans les formes pures d'autisme de Kanner. C'est de leur regroupement et de leur persistance que va naître la présomption d'un diagnostic d'autisme infantile.

Durant le premier semestre

Des signes évocateurs avaient été observés, depuis plusieurs années, chez le nourrisson [102, 104-106, 111] :

- absence d'échange avec la mère et d'intérêt pour les personnes : indifférence à la voix et au visage de la mère, absence d'échange de regard avec celle-ci (glissement du regard) ;
- troubles du comportement : sagesse excessive avec parfois hypotonie (l'enfant reste sans bouger) ou parfois, au contraire, agitation désordonnée ;
- fréquence et précocité des troubles psychomoteurs. Il peut s'agir soit d'un défaut d'ajustement postural et d'agrippement lorsque l'enfant est pris dans les bras par l'adulte (poupée de son), soit d'une absence d'attitude anticipatoire de l'enfant lorsque l'on ébauche le mouvement de le prendre dans les bras alors que, normalement, l'enfant anticipe et accompagne le mouvement. Il peut encore s'agir de troubles du tonus : hypertonie ou, plus fréquemment, hypotonie non explicable par une lésion neurologique évidente ;
- retranchement des processus perceptifs : pose dans la visualisation et indifférence au monde sonore ;
- existence possible d'un strabisme persistant mais variable ;
- troubles graves et précoces du sommeil : insomnies calmes, les yeux grands ouverts ou, au contraire, insomnies avec agitation ;
- troubles oro-alimentaires avec défaut de succion ;
- absence ou pauvreté des vocalisations ;
- absence de sourire au visage humain, qui apparaît normalement vers le 2^e-3^e mois et qui constitue un bon signe des capacités relationnelles de l'enfant (premier organisateur de Spitz).

Durant le deuxième semestre

Durant cette période, les signes précédents se confirment (inintérêt pour les personnes, défaut d'ajustement postural, indifférence au monde sonore et visuel).

Mais d'autres signes sont susceptibles d'apparaître :

- quête active de stimuli sensoriels, entraînant des sortes d'état extatique : fixation du regard sur des lumières, des objets qui tournent, jeux de doigts devant les yeux ;
- intérêt compulsif pour des objets insolites, souvent durs, contrastant avec le désintérêt général pour le monde environnant et la non-organisation des activités de jeu et d'utilisation des objets dans ce cadre ;
- absence d'angoisse de l'étranger dont on sait qu'elle apparaît normalement vers 8 mois. En présence d'un étranger, l'enfant ne présente pas les manifestations habituelles d'angoisse, qui traduisent normalement l'installation d'une image intériorisée de la mère dont la confrontation avec la perception de l'étranger vient signifier pour lui l'absence maternelle, source d'angoisse (deuxième organisateur de Spitz). Le deuxième organisateur est le témoin de la capacité nouvelle du bébé à se représenter mentalement sa mère. Cette capacité n'existe pas chez le petit enfant autiste ;
- absence d'anxiété lors de la séparation d'avec les personnes qui s'occupent habituellement de lui.

Durant la deuxième année

Les signes précédents se confirment, notamment le désintérêt pour les personnes, une fascination trop vive pour les stimulations sensorielles (autosensorialité).

Surtout, les signes suivants peuvent être notés à cette période :

- le comportement d'attention conjointe (constitué par le fait de pointer un objet et de tenter par le regard de diriger l'attention d'une autre personne vers ce même objet), normalement présent dès l'âge de 9-14 mois est absent. Ce « pointage » (protodéclaratif), utilisation de l'index pour indiquer à une autre personne, un objet source d'intérêt, est généralement absent dans l'autisme et cela en constitue un signe très caractéristique ;
- les jeux de « faire semblant » sont également généralement absents à cette période dans l'autisme, et cette absence semble également très spécifique. Il s'agit de jeux symboliques dans lesquels les objets sont utilisés comme s'ils avaient d'autres propriétés ou d'autres identités. Ces jeux sont normalement présents dès l'âge de 12-15 mois ;
- les autres modalités de jeux peuvent parfois être utilisées comme chez les enfants normaux. Cependant, d'une façon générale, le plus souvent les enfants autistes, lorsqu'ils utilisent les objets, les intègrent peu dans une activité vraiment ludique, ils les manipulent plutôt, sans intérêt pour leur fonction, mais en explorant essentiellement leurs propriétés physiques [96] ;
- les troubles du langage : le gazouillis est souvent absent ou peu important. Les troubles du langage proprement dits sont toujours présents, mais ils ne peuvent guère être repérés avant l'âge de 18 mois et ne permettent donc pas un diagnostic très précoce. Lorsque le langage se développe, les premiers mots sont toujours prononcés tardivement, de même que les premières phrases et l'utilisation du « je ». Ces troubles du langage constituent, par leur constance et leur spécificité, un argument important, mais relativement tardif pour le diagnostic ;
- il faut encore noter, au cours de cette seconde année, des anomalies de la marche avec évitement de l'appui plantaire en position debout ;
- parfois, on observe le développement de phobies (peurs de certains bruits mécaniques surtout) ;
- enfin, des manifestations d'auto-agressivité peuvent apparaître parfois précocement.

A. Carel [100], à partir de son expérience clinique, a pu mettre au point « grille d'évitement relationnel du nourrisson », utilisable pour le nourrisson entre 0 et 18 mois et rassemblant un ensemble de signes traduisant les difficultés d'engagement relationnel chez un nourrisson. Cette grille tient compte de l'appréciation du vécu et du ressenti de l'observateur face aux signes ainsi perçus pour en estimer la valeur de ceux-ci, ainsi que de la dynamique interactive dans laquelle ces signes se situent.

Certains signes, surtout s'ils sont discrets, peuvent passer inaperçus de l'entourage, y compris de la mère elle-même (surtout si l'enfant autiste est son premier enfant et qu'elle n'a ainsi pas de point de comparaison pour en apprécier l'importance).

Au total, le diagnostic, à cette période, ne peut s'appuyer que sur la présence d'une constellation de signes et surtout sur l'impression persistante de difficultés majeures de la communication de la part de l'enfant. Cependant, le diagnostic doit être très prudent et éventuellement étayé par les résultats d'une période d'observation, soit au domicile de la famille, soit éventuellement dans une structure d'accueil à temps partiel.

Recherches actuelles sur les signes précoces

Plusieurs chercheurs ont tenté de savoir, au travers de la multiplicité et de la diversité des signes, quels étaient ceux qui paraissaient les plus fiables et dont la valeur « prédictive » était la plus pertinente.

Recherche de C. Lord (1995)

Cet auteur a évalué, à l'âge de 3 ans, trente enfants qui avaient été considérés à l'âge de 2 ans comme possiblement atteints d'un autisme infantile. L'auteur constate une relative stabilité du diagnostic dans la grande majorité des cas d'un examen à l'autre. Elle conclut son étude en suggérant qu'un diagnostic est possible dès l'âge de 2 ans et en insistant sur le fait qu'un certain nombre de signes repérables dès la deuxième année possèdent une haute valeur prédictive quant au diagnostic précoce d'autisme : indifférence à la voix, absence de pointage et stéréotypies des mains et des doigts.

Recherche de S. Baron-Cohen (1992) [96]

Cette étude se donnait pour objectif d'établir si la détection de l'autisme était possible dès l'âge de 18 mois. Cette étude a porté sur 41 jeunes enfants âgés de 18 mois qui présentaient un fort risque génétique de développer un autisme comparés à un groupe de 50 enfants, également âgés de 18 mois et sélectionnés au hasard. L'instrument utilisé pour apprécier les signes était le questionnaire CHAT administré par des médecins généralistes ou des travailleurs sociaux.

De cette étude, les auteurs concluaient que les signes qui permettaient de prédire quels enfants verraient ultérieurement le diagnostic d'autisme confirmé étaient les suivants : l'absence de jeu de faire semblant, l'absence de pointage (protodéclaratif) et l'absence d'attention conjointe. Ces trois signes étaient considérés par ces auteurs comme les précurseurs d'une altération de la « théorie de l'esprit » et, à ce titre, posséderaient une certaine valeur « prédictive » de la survenue de l'affection.

Point de vue des parents

Une étude [110] portant sur 1 512 patients relève, quant à la perception par les parents du début des troubles de leur enfant, la

proportion suivante : 38 p. 100 des cas à la fin de la première année, 41 p. 100 lors de la deuxième année, 16 p. 100 entre 2 et 3 ans.

Recherches de signes encore plus précoces avant 18 mois

J. Buitelaar travaille sur la mise au point d'un questionnaire valable pour la détection au 14^e mois. Onze équipes françaises [98, 99] étudient parallèlement la valeur prédictive, dès le 3^e mois, de certains aspects des interactions mère-enfant.

Toutes ces études ont été effectuées dans la perspective selon laquelle l'autisme se mettrait en place durant les deux premières années, lors d'un processus dynamique (fonction des facteurs de vulnérabilité prénatals), processus dont il serait possible d'inverser le cours par des interventions précoces. Ces examens très précoces ne dépisteraient ainsi qu'un « risque d'évolution autistique ».

Dépistage de l'autisme au cours de la première année ?

Les différentes études prospectives sur les bébés « à haut risque » (études et suivis des frères et sœurs puînés d'enfants autistes pour lesquels le risque de survenue de troubles autistiques est beaucoup plus élevé que dans la population générale) se sont orientées vers le repérage de signes autistiques durant la première année de vie, susceptibles d'avoir une valeur « prédictive » de survenue d'un autisme. Au vue de ces données et de ses propres recherches, C. Bursztein [98, 99] estime comme fortement probable la valeur, dès 12 mois, de l'absence ou de la rareté des signes suivants :

- le sourire social ;
- le contact par le regard ;
- l'orientation à l'appel du prénom.

L'auteur souligne néanmoins qu'il convient d'étudier plus avant cette question, pour préciser la valeur éventuellement « prédictive » d'autres symptômes comportementaux.

Dans une perspective plus clinique

Lors des prises en charge effectuées auprès de nourrissons en difficulté psychologique précoces et sans souci de validation statistique sur un grand nombre de sujets, certains chercheurs ont observé, au cours de leurs travaux, que certains de ces bébés pouvaient adresser à l'adulte des signes précoces d'une souffrance singulière précoce à potentialité autistique, sans que pour autant ces bébés ne deviennent obligatoirement des bébés autistes. Ils ont ainsi développé le concept de « risques autistiques » [101]. Ce risque n'ayant pas, a priori, valeur de prédiction de survenue de l'autisme, demande cependant attention de la part des cliniciens, car les symptômes décelés alors peuvent contribuer à la mise en place de mécanismes autistiques, voire à leur pérennisation. A. Bullinger [97] a notamment souligné que certains de ces dysfonctionnements peuvent se situer dans différents domaines du développement : régulation du niveau de vigilance (avec une sensibilité particulière de certains de ces enfants à l'attention portée par l'adulte sur lui, dans le maintien de cette vigilance), de coordination dans les mécanismes intervenant dans différents schèmes, ceux visant notamment à la mise en place d'une activité orale de succion et de sa composante hédonique (avec des perturbations précoces dans le fonctionnement de cette coordination). Il peut s'agir aussi de la régulation tonicoposturale, avec difficulté de constitution de l'axe corporel, parfois même abandon ou méconnaissance d'un hémicorps, ou encore de troubles

de l'intégration sensorielle dans les différents registres sensoriels, notamment visuels et tactiles, enfin des difficultés à maintenir présentes et stables l'image corporelle et les représentations de soi.

Ces études sur certains bébés présentant des signes susceptibles de faire craindre la possibilité d'une évolution autistique ont été l'occasion d'une réflexion sur la mise en place des processus d'intersubjectivité et de sémiotisation chez le nourrisson.

En même temps qu'était soulignée la nécessité de repérer ces signes précoces, était réaffirmée une autre nécessité, celle de ne pas enfermer l'enfant dans une prédiction déterministe que ces signes n'autorisent pas et qui ne laisserait alors place ni aux interventions parentales, ni aux interventions thérapeutiques, susceptibles de modifier le devenir de ces signes.

Problème diagnostique

Autisme associé à d'autres manifestations

L'autisme peut être associé à un retard mental, et ce sont alors les signes de ces pathologies qui sont reconnus en premier, souvent très tôt. L'autisme n'est alors identifié que dans un second temps, lors des différents bilans effectués.

Différenciation de l'autisme à son début d'autres pathologies qui lui sont d'ailleurs parfois associées

SURDITÉ PRÉCOCE • Le diagnostic entre ces deux affections peut être d'autant plus difficile que certaines surdités s'accompagnent de comportements d'allure psychotique, comme l'isolement et les stéréotypies, d'une part, et que, d'autre part, il existe de réels syndromes autistiques associés à un authentique déficit auditif. Les techniques d'audiométrie objective permettent le plus souvent, mais non toujours, d'affirmer l'existence d'une surdité. S'il existe un syndrome autistique associé à la surdité, les deux éléments doivent être pris en compte pour la détermination du traitement qui doit être, là encore, aussi précoce que possible. Dans les cas de diagnostic difficile, le comportement de l'enfant vis-à-vis de l'appareillage mis en place pour sa surdité peut aider à trancher : l'adaptation de l'enfant à l'appareillage, le développement de son apparence pour le contact, son évolution dans le domaine relationnel montrent que, dans ces cas, les réactions d'allure psychotique n'étaient que des réponses à la déprivation sensorielle, mais non un véritable autisme.

CÉCITÉ • La cécité peut également s'accompagner soit de symptômes d'allure psychotique, soit d'un véritable retrait autistique avec stéréotypies et mouvements d'autostimulation.

L'association d'un autisme et de troubles profonds de la vision ou de l'audition nécessite une prise en charge dans une structure de soins pour enfants polyhandicapés.

CARENES AFFECTIVES ET DÉPRESSIONS INFANTILES PRÉCOCES • Les carences affectives précoces et les dépressions infantiles peuvent s'accompagner, de symptômes d'allure autistique (retrait et stéréotypies à type de balancement). Des séparations prolongées du nourrisson d'avec sa mère, des placements itératifs ou des hospitalisations prolongées, des carences intrafamiliales

Hypothèses psychopathologiques

Ces enfants montrent différents dysfonctionnements, pratiquement dès la naissance. Ils n'ont jamais été bien syntonisés, dépourvus de peurs, bien coordonnés, prévisibles, stables émotionnellement ou compréhensibles par les autres. Ils montrent une incapacité à comprendre leurs sentiments et les sentiments des autres. Ils sont immatures, désorganisés et étranges. Les préoccupations et les contenus de leur imagination, fantaisies, rêves éveillés, apparaissent proches de certains êtres délirants. Ils sont tourmentés par les doutes et les préoccupations paranoïdes. En effet, une caractéristique centrale de leur façon de penser et d'agir est leur imprévisibilité. Ils montrent des changements rapides dans leur capacité de compréhension. Ils présentent un raisonnement idiosyncrasique, un examen de réalité fragile, des thèmes agressifs ou destructeurs qui envahissent leur fonctionnement. Ils présentent des explosions verbales ou physiques déclenchées par des sollicitations minimes. Ils semblent présenter des difficultés profondes à trouver des régularités dans leur monde interne et dans les comportements des autres et à développer un sentiment cohérent de soi et, parallèlement, à acquérir une théorie du fonctionnement mental des autres (théorie de l'esprit). Ils sont perplexes pour les événements ordinaires car ils ne peuvent pas comprendre leurs sentiments et l'effet qu'ils font sur les autres. Le soi est fragmentaire et se désintègre en situation de stress, devant les séparations ou quand ils font l'expérience de niveaux élevés d'anxiété.

Bien que l'importance des dysfonctionnements observés pointe la nature développementale de ces troubles dans lesquels des dimensions neurobiologiques sont très probables, il est également difficile de ne pas relier cette incapacité à trouver des régularités dans leur monde interne et dans les comportements des autres aux difficultés relationnelles précoces à être considérés comme des êtres pourvus d'intentionnalité. Les études cliniques et épidémiologiques menées sur ces enfants, notamment par les équipes néerlandaises, ont permis de pointer l'importance des particularités environnementales à côté des spécificités neuropsychologiques et neurobiologiques dans la genèse des TMCD [253, 256, 263, 276, 277].

TMCD et construction du soi

De quelle manière l'anxiété, la maladresse, le malaise social, la confusion cognitive affectent le potentiel de l'enfant à construire un sens fonctionnel et adaptatif de « qui suis-je dans ce monde », l'un des principaux objectifs de l'enfance ? Le soi en développement reste vulnérable et nécessite un renforcement constant à travers l'exercice adéquat et efficace de l'intentionnalité et l'engagement dans des relations agréables et compréhensibles. Si la motivation et la compétence à communiquer sont altérées, les limites du soi auront peu d'opportunités pour se définir. L'enfant disposera de moins d'informations pour construire le sens de comment le « je » s'accorde dans le puzzle des relations sociales de l'environnement. Il aura moins d'occasions d'apprendre à quels moments émergent les actions des autres et à développer ainsi une théorie de l'esprit pour expliquer les actions des autres. Moins d'interactions à travers le langage peuvent amener à des formes de langage moins élaborées disponibles pour des interactions ultérieures. Des compétences communicatives pauvres se traduisent également dans un langage interne moins élaboré qui, à son tour, empêche le développement de fonctions centrales du soi, comme l'empathie, les théories

concernant l'esprit des autres et les mécanismes de défense du moi. Non seulement le soi de l'enfant en développement souffre du manque de motivation sociale et de la perte d'opportunités de communication, mais la qualité de l'expérience émotionnelle et cognitive pourra différer significativement de celle des autres enfants. Les émotions peuvent être irrégulières (imprévisibles) et violentes, modulables avec difficulté, particulièrement en raison des compétences du langage interne pauvres de ces enfants. Les pensées peuvent faire irruption et être source de confusion, prenant des formes qui ne sont pas facilement transformées en mots ou sont principalement composées d'images. Quelles sont les pensées qui m'appartiennent et lesquelles sont imposées par des sources extérieures ?

Le soi fragile de l'enfant peut manquer soit du langage interne pour organiser de telles pensées, soit manquer de la structure stable dans laquelle les incorporer. Les difficultés attentionnelles peuvent être incapables de canaliser l'imaginaire qui devient envahissant, d'autant plus que les interactions sociales sont réduites, se colorant d'une qualité positive et compensatoire ou angoissante et persécutive, en fonction de l'état émotionnel prédominant du moment. Le manque d'un soi cohérent continue à empêcher l'enfant de réorganiser les éléments déstabilisés par les émotions et la confusion psychique. Les difficultés de communication continuent à être présentes et offrent des fondations instables sur lesquelles se construire.

En définitive, l'impact des TMCD sur le développement réside dans la formation d'une synergie négative qui affecte la personnalité émergente de l'enfant d'une manière qui va bien au-delà des simples lignes développementales affectées par le trouble. Devant l'incapacité de ces lignes à se mettre en harmonie, l'existence psychologique de l'enfant est fragilisée et aboutit à un échec à construire un *pattern* unique et consistant qui constitue le soi.

Conclusion

L'hypothèse psychopathologique que l'on souhaite formuler ici est l'existence, chez certains enfants, d'anomalies de plusieurs axes du développement qui s'associent à un défaut d'intégration dans une structure cohérente du soi. Ces enfants se trouvent dans une tentative constante de constituer un ensemble cohérent ayant à leur disposition des outils fragiles, voire déficitaires. Ce que l'on observe chez ces enfants est le résultat de cette tentative de donner une certaine cohérence (parfois de surface) à l'unité de soi par des compensations qui sont marquées par le seuil de leur fragilité. Leurs adaptations (solutions) deviennent à leur tour des problèmes car elles augmentent le décalage par rapport aux autres. Leur fragile subjectivité leur empêche de s'engager dans une intersubjectivité adaptée qui, à son tour, fragilise davantage le développement du soi. S'il est difficile, sur un plan théorique, de trancher la question de la primauté entre développement de l'intersubjectivité et développement du sentiment de soi [264], les enfants avec des troubles multiples et complexes du développement nous le montrent d'une manière évidente sur un plan clinique. Pour certains enfants, l'intégration d'un sentiment cohérent et cohésif de soi en mesure de soutenir l'intersubjectivité est l'élément essentiel des interventions thérapeutiques. Bien évidemment, cela ne peut pas ne pas passer par la mobilisation des compétences déficitaires, mais elle nécessite de prendre conscience de la spécificité de leur vision du monde sur laquelle ils construisent leur univers subjectif et relationnel [269].

BIBLIOGRAPHIE

Classification des troubles envahissants du développement

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM III). Washington, APA, 1980.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders (DSM-III-R). Washington, APA, 1987.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-revised (DSM-IV). Washington, APA, 1994.
4. AMIR RE, VAN DEN VEYVER IB et al. Rett syndrome is caused by mutations in X-linked MECP2, encoding methyl-CpG-binding protein 2. *Nat Genet*, 1999, 23 : 185-188.
5. ASPERGER H. Les psychopathies autistiques pendant l'enfance (1944). Paris, Synthélabo, 1998 : 1-148.
6. ASPERGER H. Problems of infantile autism. *Communication*, 1979, 13 : 45-52.
7. ATTWOOD T. Asperger's syndrome : a guide for parents and professionals. London, Jessica Kingsley, 1999. Trad. Fr. Paris, Dunod, 2003.
8. BUTELAAR JK, VAN DER GAAG RJ. Diagnostic rules for children with PDD-NOS and multiple complex developmental disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 1998, 39 : 911-919.
9. CIM-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Paris, Masson, 1993.
10. DE BRUIN EI, DE NIJS PF, VERHEIJ F et al. Multiple complex developmental disorder delineated from PDD-NOS. *J Autism Dev Disord*, 2007, 37 : 1181-1191.
11. EHRLS S, GILLBERG C. The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *J Child Psychol Psychiatry*, 1993, 34 : 1327-1350.
12. FOMBONNE E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res*, 2009, 65 : 591-598.
13. GILLBERG IC, GILLBERG C. Asperger syndrome : some epidemiological considerations : a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 1989, 30 : 631-638.
14. JANSEN LM, GISPEN-DE WIED CC, VAN DER GAAG RJ, VAN ENGELAND H. Differentiation between autism and multiple complex developmental disorder in response to psychosocial stress. *Neuropsychopharmacology*, 2003, 28 : 582-590.
15. KEMNER C, VAN DER GAAG RJ, VRIJEN M, VAN ENGELAND H. ERP differences among subtypes of pervasive developmental disorders. *Biol Psychiatry*, 1999, 46 : 781-789.
16. KLIN A, MAYES LC, VOLKMAR FR, COHEN DJ. Multiplex developmental disorder. *J Dev Behav Pediatr*, 1995, 16 (Suppl. 3) : S7-S11.
17. LAHUIS BE, DURSTON S, NEDERVEEN H et al. MRI-based morphometry in children with multiple complex developmental disorder, a phenotypically defined subtype of pervasive developmental disorder not otherwise specified. *Psychol Med*, 2008, 38 : 1361-1367.
18. LAHUIS B, VAN ENGELAND H, KEMNER C et al. Multiple complex developmental disorders (MCCDD) (communication orale). International conference sponsored by ESCAP "Quality of life in child and adolescent mental health", Budapest, 22-26 August 2009.
19. LANG JL. Aux frontières de la psychose infantile. Paris, PUF, 1978 : 1-279.
20. MATTILA ML, KIELINEN M, JUSSILA K et al. An epidemiological and diagnostic study of Asperger syndrome according to four sets of diagnostic criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007, 46 : 636-646.
21. MISÈS R, FORTINEAU J, JEAMMET P et al. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatr Enf*, 1988, 37 : 67-134.
22. MISÈS R, MONIOT M. Les psychoses de l'enfant. *Encycl Méd Chir (Paris)*, Psychiatrie, 37-299, 1970 : 1-4.
23. MISÈS R, QUEMADA N, BOTBOL M et al. CFTMEA 2000 : nouvelle version de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Ann Méd Psychol*, 2002, 160 : 213-215.
24. MISÈS R, BURSZTEJN C, BOTBOL M et al. Une nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R2012. *Correspondances et transcodages avec la CIM-10. Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2012, 60 : 414-418.
25. SPRONG M, BECKER HE, SCHOTHORST PF et al. Pathways to psychosis : a comparison of the pervasive developmental disorder subtype multiple complex developmental disorder and the "at risk mental state". *Schizophr Res*, 2008, 99 : 38-47.
26. SZATMARI P, BARTOLUCCI G, BRENNER R. Asperger's syndrome and autism : comparison of early history and outcome. *Dev Med Child Neurol*, 1989, 31 : 709-720.
27. TORDJMAN S, FERRARI P, GOLSE B et al. « Dysharmonies psychotiques » et « multiplex développemental disorder » : histoire d'une convergence. *Psychiatrie de l'enfant*, 1997, 11 : 473-504.
28. VAN DER GAAG RJ, BUTELAAR J, VAN DEN BAN E et al. A controlled multivariate chart review of multiple complex developmental disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995, 34 : 1096-1106.
29. VAN DER GAAG RJ, CAPLAN R, VAN ENGELAND H et al. A controlled study of formal thought disorder in children with autism and multiple complex developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2005, 15 : 465-476.
30. VOLKMAR FR, KLIN A, MARANS W et al. Childhood disintegrative disorder. In : DJ Cohen, FR Volkmar. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, 2nd ed. New York, Wiley, 1997 : 47-59.
31. WING L. Asperger syndrome : a clinical account. *Psychol Med*, 1981, 11 : 115-129.
32. WING L, GOULD J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children : epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord*, 1979, 9 : 11-29.

Histoire, description clinique et débats nosographiques

33. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR) (2000). Paris, Masson, 2003.
34. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Paris, ministère des Affaires sociales, 1993.
35. ASPERGER H. Die Autistischen Psychopathen. *Kinderheiler Archiv für Psychiatric und Nervenkrankheiten*, 1944, 117 : 76-136.
36. COHEN DJ. Dysharmonies psychotiques et multiplex développemental disorders : histoire d'une convergence. *Psychiatrie de l'enfant*, 40 : 473-504.
37. FERRARI P. L'autisme infantile, 5^e éd. Paris, PUF, 2010.
38. KANNER L. Les troubles autistiques du contact affectif. *Neuropsychiatrie de l'enfant et l'adolescent*, 1992, 40 : 317-322.
39. KANNER L. Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism. *Am J Psychiatry*, 103 : 242-246.
40. KLEIN M. L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi. In : *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1968.
41. MISÈS R. Les dysharmonies psychotiques : une approche nosographique. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, 48 : 396-401.
42. MISÈS R, BAILLY-SALIN MJ, BRÉON S et al. La cure en institution. L'enfant, l'équipe et la famille. Paris, ESF, 1980.

L'autisme infantile, entre neurosciences et psychanalyse. Convergences ou controverses ?

43. ANZIEU D. Le moi-peau. Paris, Dunod, 1985, 263 pages.
44. BARON-COHEN S. Autism and symbolic play. *Br J Dev Psychol*, 1987, 5 : 139-148.
45. BARON-COHEN S. Mindblindness : an essay on autism and theory of mind. Cambridge, MIT Press, 1995, 193 pages.
46. BARON-COHEN S, ALLEN J, GILLBERG CH. Can autism be detected at 18 months ? The needle, the haystack and the CHAT. *Br J Psychiatry*, 1992, 61 : 839-843. Traduction française : L'autisme peut-il être détecté à l'âge de 18 mois ? L'aiguille, la meule de foin

- et le CHAT. ANAE, hors série (« Textes fondamentaux sur l'autisme ») : 33-37.
47. BETTELHEIM B. La forteresse vide (1967). Paris, Gallimard, 1969, 589 pages.
 48. BICK E. The experience of the skin in early object-relations. *Int J Psycho-Anal*, 1968, 49 : 484-486. Traduction française in : D Meltzer. Explorations dans le monde de l'autisme. Paris, Payot, 1980 : 240-244.
 49. BION WR. Aux sources de l'expérience (1962). Paris, PUF, 1979, 137 pages.
 50. BION WR. Éléments de la psychanalyse (1963). Paris, PUF, 1979, 107 pages.
 51. BION WR. Transformations : passage de l'apprentissage à la croissance (1965). Paris, PUF, 1982, 207 pages.
 52. BODDAERT N, CHABANE H, GERVAIS H et al. Superior temporal sulcus anatomical abnormalities in childhood autism : a voxel-based morphometry MRI study. *Neuroimage*, 2004, 23 : 364-369.
 53. FRITH U. L'énigme de l'autisme. Paris, Odile Jacob, 1992, 317 pages.
 54. GIBELLO B. L'enfant à l'intelligence troublée. Paris, Le Centurion, 1984, 238 pages.
 55. GIBELLO B. Les contenants de pensée et la psychopathologie. In : L'activité de pensée : émergences et troubles. Paris, Dunod, 1994 : 11-26.
 56. GERVAIS H, BELIN P, BODDAERT N et al. Abnormal cortical voice processing in autism. *Nature Neurosci*, 2004, 7 : 801-802.
 57. GOLSE B, DESJARDINS V. Du corps, des formes, des mouvements et du rythme comme précurseurs de l'émergence de l'intersubjectivité et de la parole chez le bébé (une réflexion sur les débuts du langage verbal). *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2004, 35 : 171-191.
 58. GOLSE B, ROBEL L. Pour une approche intégrative de l'autisme (le lobe temporal supérieur entre neurosciences et psychanalyse). Communication à l'Académie nationale de médecine, Paris, séance du 10 février 2009.
 59. HAAG G. La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1985, 33 : 107-114.
 60. HAAG G. Nature de quelques identifications dans l'image du corps : hypothèses ? *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 1991, 10 : 73-92.
 61. HOCHMANN J. L'autisme infantile : déficit ou défense ? In : Ph-J Parquet, Cl Bursztejn, B Golse. Soigner, éduquer l'enfant autiste ? Paris, Masson, 1990 : 33-55.
 62. HOUZEL D. Le concept d'enveloppe psychique. In : D. Anzieu, Houzel, A Misenard et al. Les enveloppes psychiques. Paris, Dunod, 1987 : 23-54.
 63. HOUZEL D. L'aube de la vie psychique : études psychanalytiques. Paris, ESF, 2002, 305 pages.
 64. KLEIN M. Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In : M Klein, P Heimann, S Isaacs, J Riviere. Développements de la psychanalyse, 3^e éd. Paris, PUF, 1976 : 274-300.
 65. LELOD G, SAUVAGE D. L'autisme de l'enfant. Paris, Masson, 1990, 310 pages.
 66. MELTZER D. Explorations dans le monde de l'autisme. Paris, Payot, 1980, 266 pages.
 67. MISÈS R. Les pathologies limites de l'enfance. Paris, PUF, 1999, 176 pages.
 68. MOTTIRON L. L'autisme, une autre intelligence. Sprimont, Mardaga, 2004, 235 pages.
 69. ROUSSILLON R. La fonction symbolisante de l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 1997, LXI : 399-415.
 70. STERN DN. Le monde interpersonnel du nourrisson : une perspective psychanalytique et développementale. Paris, PUF, 1997, 381 pages.
 71. STRERI A. Voir, atteindre, toucher. Paris, PUF, 1991, 269 pages.
 72. STRERI A, HATWELL Y, É GENTAZ. Toucher pour connaître. Paris, PUF, 2000, 332 pages.
 73. TREVARTHEN C, AITKEN KJ. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 2003, 15 : 309-428.

Modèle polyfacticiel en psychopathologie

74. BION WR. Éléments de psychanalyse (1963). Paris, PUF, 1979, 107 pages.
75. FREUD S. Point de vue du développement et de la régression. Étiologie. In : Introduction à la psychanalyse (1915-1917). Paris, Payot, 1982 : 319-336.
76. FREUD S. Les modes de formation des symptômes. In : Introduction à la psychanalyse (1915-1917). Paris, Payot, 1982 : 337-355.
77. OUSS L. Approche intégrative et neuropsychanalytique. Suivi dimensionnel d'une cohorte de bébés épileptiques avec syndrome de West : de l'évaluation au soi. Thèse de Doctorat en Médecine scientifique, Psychopathologie et Psychanalyse, université Paris 7-Diderot, 2008.
78. SPITZ R. De la naissance à la parole, 6^e éd. La première année de vie. Paris, PUF, 1979, 332 pages.
79. TUSTIN F. Les états autistiques de l'enfant. Paris, Le Seuil, 1986, 333 pages.

Une modélisation psychanalytique du fonctionnement de la psyché autistique. L'autisme dans l'histoire du mouvement psychanalytique

80. ANZIEU D. Le moi-peau. Paris, Dunod, 1985, 263 pages.
81. BETTELHEIM B. La forteresse vide. Paris, Gallimard, 1969, 589 pages.
82. BICK E. L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. Traduction française in : Ecrits de Martha Harris et d'Esther Bick. Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 1998, 382 pages.
83. BION W. Éléments de la psychanalyse. Paris, PUF, 1979, 107 pages.
84. CASTORIADIS-AULAGNIER P. La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé. Paris, PUF, 1975, 363 pages.
85. HAAG G. Autisme infantile précoce et phénomènes autistiques. *Psychiatrie de l'enfant*, 27 : 293-354.
86. HOCHMANN J. Histoire de l'autisme. Paris, Odile Jacob, 2008, 528 pages.
87. KLEIN M. Essais de psychanalyse. Paris, Payot, 1968, 456 pages.
88. MALHER M. Psychose infantile. Paris, Payot, 1973, 243 pages.
89. MANNONI M. La psychothérapie des psychoses chez l'enfant. *Recherches*, numéro spécial « Enfance aliénée », 1967, 1 : 47-66.
90. MELTZER D, BREMBER J, HOXTER S. Exploration dans le monde de l'autisme. Paris, Payot, 2004, 320 pages.
91. MELTZER D, WILLIAMS MG. L'appréhension de la beauté. Le conflit esthétique. Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 2000, 254 pages.
92. TUSTIN F. Les états autistiques chez l'enfant. Paris, Le Seuil, 1986, 325 pages.
93. TUSTIN F. Le trou noir de la psyché. Paris, Le Seuil, 1989, 274 pages.
94. WINNICOTT DW. Jeu et réalité. L'espace potentiel. Paris, Gallimard, 1976, 233 pages.
95. WINNICOTT DW. La crainte de l'effondrement. Paris, Gallimard, 2000, 373 pages.

Diagnostic précoce de l'autisme infantile

96. BARON-COHEN S, ALLEN J, GILLBERG C. L'autisme peut-il être détecté à l'âge de 18 mois ? L'aiguille, la meule de foin et le CHAT. ANAE, 1997, 11 : 33-37.
97. BULLINGER A. Le dialogue sensorimoteur avec l'enfant : les particularités du bébé à risque autistique. In : P Delion. Le bébé à risque autistique. Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2008, 140 pages.
98. BURSZEJN C. Vers un dépistage précoce de l'autisme. In : B Golse, P Delion. Autisme, état des lieux et horizons. Ramonville-Saint-Agne, 2005, 271 pages.
99. BURSZEJN C, BAGHDADLI A, LAZARTIGUES A et al. Vers un dépistage très précoce des troubles autistiques : étude d'indices de communications sociale chez des enfants de 9 à 14 mois. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2003, 12 : 13-14.
100. CAREL A. Les signes précoces de l'autisme et de l'évitement relationnel du nourrisson. In : P Delion. Le bébé à risque autistique. Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2008, 140 pages.

que les symptômes liés à l'inattention peuvent persister [172]. Le diagnostic à l'adolescence est très délicat.

Les *signaux typiques dans l'adolescence* sont les suivants : inconstance dans les activités par rapport aux camarades (moins de 30 minutes), incapacité à focaliser les détails d'un devoir, inaptitude à la planification (domaine de l'inattention), agitation (domaine de l'hyperactivité), autocontrôle insuffisant, imprudence, activités risquées (domaine de l'impulsivité) [182].

Âge adulte

À l'âge adulte, le sens d'inquiétude/urgence peut rendre difficile la participation à des activités sédentaires ou peut amener à éviter des passe-temps ou des activités sans beaucoup d'opportunités de mouvement spontané (travaux de bureau). Les difficultés sociales chez les adultes sont plus fréquentes chez les individus qui avaient d'autres diagnostics en co-morbidité (*voir plus loin*). L'existence même de THADA à l'âge adulte est controversée.

Les *signaux typiques dans l'âge adulte* sont les suivants : incapacité à compléter les détails, oubli des rendez-vous, inaptitude à prévoir les effets à long terme d'un comportement (domaine de l'inattention), sens subjectif d'agitation (domaine de l'hyperactivité), accidents de la route fréquents, décisions précipitées et prématurées, impatience (domaine de l'impulsivité) [182].

Co-morbidité

Un pourcentage consistant des enfants qui correspondent à l'observation clinique de TDAH présente aussi des symptômes attribuables à un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) ou à un trouble des conduites (TC), surtout s'ils présentent les symptômes des deux sous-types caractérisés par l'hyperactivité/impulsivité (type Combiné et type avec hyperactivité-impulsivité prédominante). La présence de troubles psychiatriques (troubles de l'humeur et troubles anxieux) et de troubles neuropsychologiques de l'apprentissage, de la communication et de la coordination motrice implique une détérioration importante de la qualité de vie en termes de relations sociales, familiales et de performances scolaires.

La co-présence de plusieurs pathologies est dénommée de différentes manières, à partir de co-morbidité, de coexistence ou de co-variation [174]⁽²⁾.

Avec des pourcentages différents selon les recherches, les troubles les plus fréquemment associés au TDAH sont les troubles externalisés (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites), les troubles internalisés (dépression, dysthymie, trouble bipolaire), les troubles anxieux, le trouble obsessionnel-compulsif associé aussi au syndrome de Gilles de la Tourette, le trouble de l'acquisition de la coordination (TAC) et les troubles de l'apprentissage [72, 87, 174]. Une récente étude épidémiologique européenne, incluant dix nations et 1 478 patients, a montré qu'environ 80 p. 100 des patients présentaient au moins un problème coexistant et que 51 p. 100 présentaient deux ou plusieurs problèmes coexistants [139]. Dans une étude précédente, B. Kadesjo et C. Gillberg [90] ont montré que 87 p. 100 de sujets

avec TDAH présentaient un ou plusieurs troubles coexistants et que 67 p. 100 en présentaient deux ou plusieurs.

Troubles psychiatriques

Le TDAH est souvent le premier trouble qui se manifeste et les enfants avec des formes sévères sont plus à risque pour d'autres troubles psychiatriques [174].

Plus de 85 p. 100 des patients avec TDAH présentent au moins un trouble psychiatrique coexistant et environ 60 p. 100 au moins deux troubles coexistants. Dans la pratique clinique donc, les problèmes psychiatriques coexistants sont la règle plutôt que l'exception [129, 174], au point que certains auteurs ont supposé l'existence de sous-types spécifiques de TDAH selon le type de co-morbidité [86, 87].

Les études épidémiologiques ont montré que le TDAH peut être en co-morbidité/coexistence tant avec des troubles de type externalisé que internalisé [41]. Les troubles de type externalisé, comme le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et le trouble des conduites (TC) sont les plus fréquents, avec un taux de fréquence entre 43 et 93 p. 100 [4, 86, 129]. Les troubles de type internalisé sont au contraire enregistrés avec un taux de fréquence entre 13 et 51 p. 100 [4, 86, 129].

La présence de co-morbidité, surtout pour les troubles psychiatriques, est un aspect crucial du classement diagnostique, car ces derniers peuvent entraîner des imprécisions diagnostiques (jusqu'à la dissimulation diagnostique) et donc des estimations épidémiologiques qui ne sont pas fiables et des approches thérapeutiques inappropriées. Par exemple, il est peu probable que des enfants avec des troubles anxieux en co-morbidité répondent aux psychostimulants, alors qu'ils pourraient probablement répondre favorablement à une psychothérapie ou à une intervention psychosociale. Au contraire, la présence d'un trouble oppositionnel avec provocation ou d'un trouble des conduites peut bénéficier d'une intervention qui, par exemple, améliore les stratégies éducatives des parents (comme le *parent training*, *voir plus loin*) [164].

La co-morbidité spécifique peut donc influencer le cadre clinique, la gravité, l'histoire naturelle, le pronostic, le traitement et l'évolution à long terme.

Troubles externalisés : trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites

Les enfants avec TDAH grave, surtout avec un début précoce, ont un risque très élevé de développer un trouble externalisé et, dans certains cas, les trois troubles (TDAH, trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites) peuvent coexister [90, 100].

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), défini à travers les critères du DSM-IV, est le plus fréquent, avec une fréquence entre 50 et 60 p. 100 des sujets avec TDAH ; au contraire, le trouble des conduites (TC) est moins fréquent, retrouvé chez seulement 25 p. 100 des sujets [90, 100]. Les tableaux 33-III et 33-IV donnent les critères diagnostiques du DSM-IV pour le trouble oppositionnel avec provocation et pour le trouble des conduites. La fréquence du trouble oppositionnel avec provocation est plus élevée dans le type « combiné » et dans celui avec « impulsivité/hyperactivité » par rapport au sous-type principalement inattentif [49]. La prévalence semble également être élevée chez les enfants d'âge préscolaire par rapport à ceux de l'école primaire et il n'y a pas d'évidence d'une aggravation dans le temps [72, 90]. La prévalence

(2) L'objection à l'utilisation du terme co-morbidité dans le domaine psychiatrique dérive de la constatation que l'utilisation de ce terme peut être appliquée à des pathologies spécifiques dont l'étiologie et la pathogénie sont bien définies, mais cela n'est pas toujours vrai. Certains auteurs préfèrent donc utiliser le terme coexistence [174].

Tableau 33-III Critères diagnostiques du trouble des conduites selon le DSM-IV. Le trouble des conduites répond aux trois critères A, B et C.

Critère A
1. <i>Conduites agressives lors desquelles des personnes ou des animaux sont blessées ou menacées dans leur intégrité physique (critères 1-7)</i> 1. Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes 2. Commence souvent les bagarres 3. A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (par exemple, un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu) 4. A fait preuve de cruauté physique envers des personnes 5. A fait preuve de cruauté physique envers des animaux 6. A commis un vol en affrontant la victime (par exemple, agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée) 7. A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles 2. <i>Conduites où des biens matériels sont endommagés ou détruits, sans agression physique (critères 8-9)</i> 8. A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants 9. A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu) 3. <i>Fraudes ou vols (critères 10-12)</i> 10. A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui 11. Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (par exemple, « arnaque » les autres) 12. A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (par exemple, vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon) 4. <i>Violations graves des règles établies (critères 13-15)</i> 13. Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans 14. A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période) 15. Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
Critère B
Concerner l'existence d'un retentissement significatif sur le fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
Critère C
Chez les sujets de plus de 18 ans, le diagnostic de trouble des conduites ne peut être posé qu'en l'absence des critères de la personnalité antisociale Le premier critère (A) définit le trouble comme un « ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoignent la présence d'au moins trois symptômes au cours des douze derniers mois, et d'au moins un au cours des six derniers mois » Les différents symptômes sont regroupés en quatre catégories principales : – les conduites agressives dans lesquelles des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique – les conduites où des biens matériels sont endommagés ou détruits (sans agression physique) – les fraudes ou vols – les violations graves de règles établies

du trouble oppositionnel avec provocation comme trouble associé est une observation transculturelle, comme l'a confirmé une étude multicentrique clinique [25] dans laquelle deux vastes populations de sujets nord-américains et non nord-américains ont été comparées en évaluant la présence de troubles psychiatriques en

Tableau 33-IV Critères diagnostiques du trouble oppositionnel avec provocation selon le DSM-IV.

- A. Ensemble de comportements négatifs, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins 6 mois durant lesquels sont présentes quatre des manifestations suivantes (ou plus)⁽¹⁾
1. se met souvent en colère
 2. conteste souvent ce que disent les adultes
 3. s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou règles des adultes
 4. embête souvent les autres délibérément
 5. fait souvent porter sur autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite
 6. est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres
 7. est souvent fâché et plein de ressentiment
 8. se montre souvent méchant ou vindicatif
- B. La perturbation des conduites entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel
- C. Les comportements décrits en (A) ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble psychotique ou d'un trouble de l'humeur
- D. Le trouble ne répond pas aux critères du troubles des conduites ni, si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, à celui de personnalité antisociale

(1) On ne considère qu'un critère est rempli que si le comportement survient plus fréquemment qu'on ne l'observe habituellement chez des sujets d'âge et de niveau de développement comparables.

co-morbidité et en utilisant un instrument standardisé (l'interview diagnostique semi-structurée KSADS-PL, voir plus loin). Dans les deux populations, le trouble oppositionnel avec provocation s'est révélé être le trouble le plus fréquent malgré une discordance importante entre la population américaine (32,5 p. 100) et celle non américaine (4,5 p. 100). Il est intéressant de remarquer comment, dans les deux populations, la plupart des sujets avaient une histoire familiale positive pour le TDAH. Les autres troubles documentés par ordre de fréquence sont les troubles anxieux (0,5 p. 100 pour la population américaine ; 2,3 p. 100 pour la population non américaine) et les troubles dépressifs (0,8 p. 100 pour la population américaine, 1,5 p. 100 pour la population non américaine).

Plusieurs chercheurs et cliniciens considèrent que l'évolution clinique dans le passage de l'âge évolutif à l'âge adulte se fait de l'axe I à l'axe II⁽³⁾ du DSM-IV. Autrement dit, un sujet avec TDAH peut évoluer vers un trouble oppositionnel avec provocation, donc vers un trouble des conduites et finalement jusqu'au trouble de personnalité antisociale dans l'âge adulte.

Toutefois, la relation entre trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites secondaire n'a pas encore été confirmée, tandis qu'une association entre un trouble des conduites qui se manifeste précocement et le TDAH a été documentée [103]. Si l'association entre TDAH, trouble des conduites et personnalité antisociale semble être appuyée par des épreuves convaincantes, le rôle du trouble oppositionnel avec provocation dans cette chaîne d'événements est en train d'être défini, puisqu'il n'a pas encore été étudié de façon extensive par des études qui se fondent uniquement sur l'expérience [38].

Pendant l'adolescence, les enfants avec TDAH, qui ne présentent pas de signes précoces de trouble oppositionnel avec provocation, manifestent des problèmes d'anxiété et d'apprentissage

(3) Axe I : « troubles cliniques/autres conditions qui peuvent être objet d'observation clinique » ; axe II : « troubles de personnalité ».

plutôt qu'un trouble des conduites. En outre, les enfants avec TDAH sans toutefois trouble oppositionnel avec provocation ou des conduites ont plus de difficultés sur le plan fonctionnel par rapport aux enfants avec la combinaison des deux types de troubles (cela confirmerait la présence d'une condition précise du trouble hyperkinétique de la conduite, comme décrit dans la CIM-10) [72].

Les symptômes du trouble oppositionnel avec provocation peuvent varier selon les contextes, donc il est important de recueillir les informations cliniques depuis plusieurs sources (parents, enseignants, éducateurs, etc.).

En ce qui concerne le trouble des conduites, sa présence complice tant la présentation de la symptomatologie que l'évolution à long terme. Le trouble des conduites, au contraire du TDAH, semble lié à une succession d'abus de substances et de comportements antisociaux. Pour établir une thérapie pharmacologique efficace, la prise en charge précoce des sujets avec TDAH et trouble des conduites semble être efficace pour prévenir de futurs risques de dépendance de substances [202, 203].

Dans l'étude naturaliste multicentrique, prospective et observationnelle qui a intéressé dix nations européennes (ADORE), les sujets qui présentaient des problèmes psychiatriques multiples et, dans une moindre mesure, par rapport à ceux du groupe TDAH et trouble oppositionnel avec provocation/des conduites paraissent avoir plus de difficultés pour le fonctionnement par rapport aux sujets atteints seulement de TDAH, tant pour les échelles mesurant l'intensité des symptômes (CGI, voir plus loin) et le fonctionnement psychosocial (CGAS, voir plus loin), que pour celles évaluant la capacité d'adaptation (SDQ pour *strengths and difficulties questionnaire*) et la qualité de vie (CHIP-CE pour *child health and illness profil-child edition*) [174]. Malgré les limites dues à l'absence de définition diagnostique détaillée des troubles psychiatriques associés et à l'existence d'une seule enquête sur l'intensité des symptômes, cette étude a démontré comment la co-présence de dimensions psychopathologiques de type psychiatrique impliquait des conséquences en termes de gravité du TDAH et de problèmes comportementaux, d'adaptation psychosociale et d'altération de la qualité de vie [174]. Ces données semblent confirmer l'observation selon laquelle des associations spécifiques pourraient identifier des sous-types spécifiques, non seulement sur le plan clinique, mais peut-être aussi étiologique et évolutif. Pour évaluer l'effet de pathologies en co-morbidité sur l'efficacité des traitements, en particulier sur l'évolution à distance des sujets atteints de TDAH, T.H. Ollendick et al. [174] a fait une revue critique de la littérature en ne prenant en considération que les études de type randomisé contrôlé (RC). En particulier, ils ont considéré si les pathologies en co-morbidité des sujets recrutés dans les études contrôlées avaient l'effet de « prédire » ou de « modérer » l'évolution des traitements⁽⁴⁾.

(4) Par « prédictif » on désigne une ou plusieurs variables existant avant le traitement qui sont associées au devenir, mais qui sont indépendantes du type de traitement. Autrement dit, elles ont la même relation avec le devenir, tant chez les sujets traités que chez ceux du groupe contrôlé. Ces variables peuvent prédire la réaction non seulement au traitement, mais aussi aux conditions de confrontation, à la différence du modérateur qui, au contraire, doit interagir avec le type de traitement. Les prédictifs ne sont pas forcément des modérateurs de l'évolution du traitement [95]. Le « modérateur » du traitement se réfère aux caractéristiques de base existant avant la randomisation ; il ne s'agit donc pas d'une fonction du traitement, mais il interagit avec les conditions de traitement en influençant par conséquent l'évolution. La co-morbidité devient donc un

Parmi les interventions directes sur le sujet, seule la thérapie cognitivo-comportementale a été prise en compte, et non d'autres types de traitement psychothérapeutique (comme la thérapie psychodynamique) car aucune étude contrôlée est disponible.

Pour les sujets atteints uniquement de TDAH, les types de traitement qui se sont révélés efficaces à court terme ont été le *parent training* comportemental et l'intervention comportementale en classe [174]. Le traitement cognitif seul ne semble pas être efficace [132] alors que le traitement de type comportemental et celui adressé à la communauté sont efficaces, mais seulement s'ils sont associés au traitement pharmacologique [123, 124].

En ce qui concerne la co-morbidité avec le trouble oppositionnel avec provocation/trouble des conduites et sa valeur prédictive, une seule étude, celle de K.M. Antshel et R. Remer, a montré que la présence de ces troubles interférerait avec le progrès attribuable aux traitements. À ce propos, ces auteurs ont montré que les signes imputables au trouble oppositionnel avec provocation étaient prédictifs d'une faible réponse au traitement de type psychosocial [7].

Toutefois, si l'on considère des suivis plus long (jusqu'à 2-3 ans), on remarque que la présence de co-morbidité en conditions de base (trouble oppositionnel avec provocation/trouble des conduites sans anxiété, anxiété sans trouble oppositionnel avec provocation/trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation/trouble des conduites et anxiété, absence de trouble oppositionnel avec provocation/trouble des conduites ou d'anxiété) ne modifie pas, mais prédit une moins bonne réponse au traitement [88].

En ce qui concerne l'effet modérateur, les seules études qui ont considéré cet aspect ont rapporté que les sujets avec des pathologies co-morbides bénéficiaient de la thérapie de type comportemental, tant comme traitement individuel qu'en association à d'autres types de traitement (avec les parents, les enseignants, en communauté ou avec un traitement pharmacologique).

Cette analyse souligne toutefois certaines critiques d'ordre méthodologique, qui devraient être prises en considération dans la formulation d'une recherche, comme par exemple la définition de la co-morbidité et l'évolution naturelle des conditions associées, les unités de mesure du devenir, l'effet de plusieurs modérateurs et, enfin, l'interaction entre l'âge du sujet et son développement cognitif, puisque il est bien connu que le *pattern* de co-morbidité peut se modifier jusqu'à disparaître avec la maturation du sujet [129].

TROUBLES INTERNALISÉS • Les troubles internalisés sont présents chez environ 25 p. 100 de sujets [146]. En ce qui concerne les troubles de l'humeur, entre 5 et 40 p. 100 des patients peuvent présenter, surtout pendant l'adolescence, des troubles dépressifs avec le critère de l'épisode dépressif principal [135, 170, 172]. Certains auteurs suggèrent que la relation entre dépression et TDAH est un épiphénomène et que la relation est liée par la présence en co-morbidité des troubles des conduites [4], tandis que d'autres auteurs nient cette relation.

La présence des symptômes dépressifs provoque une augmentation significative de l'*impairment*, mais la présence du TDAH

« sujet » comparable à l'âge, au sexe, à la gravité du trouble, etc., toutes conditions préexistant au traitement. Le modérateur informe donc « en faveur de qui » et « à quelles conditions » agit le traitement. La modulation peut être positive si elle modère une mauvaise évolution, mais aussi négative si elle modère une bonne évolution. Le modérateur permet d'identifier quel traitement est plus adapté et à quel sous-groupe il s'adresse.

- suggérer des stratégies didactiques spécifiques pour faciliter l'apprentissage de l'élève avec TDAH ;
- expliquer comment travailler en classe pour améliorer la relation entre l'enfant avec TDAH et ses camarades.

L'appui d'une série d'informations détaillées sur les caractéristiques du trouble permet à l'enseignant d'avoir une attitude plus constructive dans son rapport avec l'enfant. Même pour les enseignants, les informations sur le TDAH permettent de redéfinir les attributions : l'élève hyperactif n'essaye pas de provoquer l'enseignant, mais souffre d'un trouble spécifique. L'enseignant peut souvent se sentir heurté dans son image et dans son estime de soi face aux difficultés qu'il rencontre en essayant de contenir l'élève. Cette tentation peut conduire à une diminution progressive de sa capacité à contrôler ses actions avec l'enfant et donc à une augmentation des punitions.

Si l'enfant manifeste aussi de fréquents comportements agressifs avec ses camarades, l'enseignant vit dans un état d'anxiété constant par rapport à la sécurité des autres élèves. Il est donc important que le spécialiste consacre une partie de ses premières consultations à la consolidation des capacités d'autocontrôle émotionnel des enseignants, avant même de collaborer avec eux pour leur faire acquérir un meilleur contrôle de l'enfant. La partie la plus importante de la consultation scolaire systématique vise à transférer à l'enseignant certaines techniques de modification du comportement pour les appliquer avec l'enfant avec TDAH.

Un autre domaine d'intervention très important dans la consultation scolaire concerne le rapport entre l'enfant et ses camarades de classe. Les stratégies que les enseignants pourraient appliquer devraient s'intégrer avec un entraînement de formation aux habiletés sociales. Certaines stratégies pour aider l'élève avec TDAH à améliorer le rapport avec ses camarades impliquent :

- le renforcement des autres élèves quant ils font participer l'enfant avec TDAH à leurs activités ;
- la programmation d'activités dans lesquelles l'enfant avec TDAH peut apporter sa contribution ;
- la programmation d'activités dont la réussite dépend de la coopération entre élèves ;
- lorsque c'est possible, l'assignation à l'enfant avec TDAH, de tâches avec responsabilité ;
- la rupture de regroupements fixes entre enfants.

Les interventions comportementales peuvent améliorer rapidement les habiletés sociales, les capacités d'apprentissage et souvent même les comportements disruptifs. Toutefois, ils sont moins utiles dans la réduction des symptômes clés du TDAH, tels que l'inattention, l'hyperactivité ou l'impulsivité. La limite principale de différents programmes disponibles est le fait que, chez beaucoup d'enfant, on assiste à une disparition progressive de l'amélioration comportementale et à l'absence de généralisation, dans les différents contextes environnementaux, des comportements positifs acquis.

Pour aider un enfant avec TDAH, tant les parents que les enseignants, doivent être capables :

- d'augmenter le nombre d'interactions positives avec l'enfant ;
- de dispenser des renforcements sociaux ou des matériaux en réponse aux comportements positifs de l'enfant ;
- d'ignorer les comportements légèrement négatifs ;
- d'augmenter la collaboration des enfant en utilisant des instructions plus directes, précises et simples ;
- de prendre des mesures cohérentes et constantes contre les comportements inappropriés de l'enfant.

Interventions directes auprès de l'enfant

Les interventions directes auprès de l'enfant/adolescent se fondent principalement sur des techniques cognitives et métacognitives classées selon l'âge et focalisées sur :

- la résolution des problèmes (*problem solving*) : reconnaître le problème, générer des solutions alternatives, planifier la procédure pour résoudre le problème, etc. ;
- les auto-instructions verbales, afin d'acquérir un dialogue interne qui puisse guider vers la solution des situations problématiques.

- le *stress inoculation training* : encourager l'enfant/adolescent à auto-observer ses propres expériences et émotions, surtout dans des situations stressantes, pour ensuite l'aider à exprimer une série de réponses alternatives adéquates au contexte. L'acquisition de ces réponses alternatives doit remplacer les attitudes impulsives et agressives.

On ne dispose pas de données de validation garanties quant à l'efficacité de la psychothérapie individuelle sur les noyaux des symptômes du TDAH (inattention, hyperactivité, impulsivité) ; un certain degré d'efficacité est cependant également signalé pour les thérapies psychodynamiques et psychanalytiques [60, 70, 151], même associées à un traitement pharmacologique [208].

Adaptation du traitement à l'enfant

Programmer un traitement signifie surtout adapter la thérapie selon la situation sociale dans laquelle le patient est inséré. Le clinicien doit tenir compte des différents éléments qui déterminent un certain choix thérapeutique, comme la co-morbidité de l'enfant, la situation familiale (en particulier le niveau socio-économique et le vécu des parents eux-mêmes), la collaboration avec l'école et la possibilité pour les parents de se rendre souvent dans le service référent.

En ce qui concerne le problème de la co-morbidité, il est nécessaire de distinguer les problématiques émotionnelles (anxiété ou dépression) des problématiques cognitives (troubles de l'apprentissage, niveau intellectuel aux limites de la normale) ou comportementales (co-présence d'agressivité ou troubles des conduites).

Si le problème concernait « seulement » les symptômes (et même pas trop accentués), une utilisation modérée d'un médicament, soutenue par une consultation systématique avec les parents et les enseignants, pourrait probablement contenir la situation. L'enfant pourrait avoir une bonne insertion dans son environnement, et les adultes ne vivraient plus de fortes situations de stress. Cela représente le cas le moins problématique, mais aussi le moins fréquent. Les situations qui, au-delà des symptômes du TDAH, présentent d'autres troubles associés sont au contraire beaucoup plus fréquentes. Si les problèmes concernent surtout le domaine émotionnel, il est conseillé d'intégrer le traitement avec un parcours thérapeutique pour l'enfant, en travaillant surtout sur la gestion des émotions et sur le développement de réponses comportementales alternatives aux expériences négatives d'anxiété ou dépression. Parallèlement, les parents et les enseignants devraient être formés plus spécifiquement sur les problématiques émotionnelles de l'enfant. Si, outre le TDAH, on observe également d'autres comportements oppositionnels ou agressifs, la formation des parents et des enseignants devient prioritaire, dès lors qu'ils se trouvent souvent dans la condition de ne pas savoir affronter les infractions aux règles et réagir aux provocations fréquentes. Enfin, dans le cas de co-présence d'autres troubles cognitifs (troubles de l'apprentissage ou niveau intellectuel inférieur à la normale), il est nécessaire d'associer un entraînement spécifique pour certaines habiletés

scolaires (lecture, écriture, solution des problèmes arithmétiques, compréhension du texte, étude). Il ne s'agit pas de simples cours de révision, mais bien de proposer des modalités alternatives pour affronter des tâches cognitives qui, pour l'enfant, sont difficiles à accomplir. Dans le domaine psychopédagogique, il existe de nombreuses propositions de réhabilitation pour des aspects cognitifs spécifiques qui causent des retards dans l'apprentissage scolaire.

Même les caractéristiques parentales déterminent la typologie d'interventions multimodales. La famille présente souvent des problèmes relationnels qui ne sont pas directement provoqués par les difficultés créées par l'enfant avec TDAH, dans ce cas, il ne faut pas confondre le *parent training* avec une thérapie familiale : le premier vise à fournir aux parents des instruments pour la gestion et l'éducation de l'enfant ; la deuxième, au contraire, peut examiner toutes les problématiques liées un rapport conjugal conflictuel. Le degré d'implication des parents dans le traitement des enfants avec TDAH dépend aussi du niveau de compréhension et de collaboration : si les parents n'arrivent pas à profiter au maximum d'un *parent training*, il est plus utile de travailler plus directement avec l'école et éventuellement avec l'enfant, même s'il ne présente pas un niveau intellectuel inférieur à la normale.

Dans ces cas où la famille ne dispose pas des moyens pour bénéficier d'une intervention psycho-éducative, l'utilisation de médicaments peut beaucoup aider, dès lors qu'ils nécessitent d'une participation limitée de la famille du point de vue psychologique.

L'école même a un rôle fondamental dans ce processus thérapeutique ; très souvent, des enseignants compréhensifs et sensibles sont capables de contribuer à la bonne réussite du traitement. Le thérapeute doit être capable de reconnaître la qualité de ce rapport et travailler afin d'éviter des culpabilisations réciproques entre enseignants et parents et de favoriser un climat de collaboration et de respect mutuel. Si cet objectif n'est pas facile à réaliser, il faut considérer la possibilité d'organiser de réunions mettant en présence les parents et les enseignants afin d'établir des objectifs communs, avant de procéder à des interventions spécifiques.

Traitements pharmacologiques

Les médicaments approuvés pour le traitement du TDAH chez les enfants à partir de 6 ans et chez les adolescents, et comme partie intégrante d'un programme de traitement multimodal, sont l'atomoxétine et le méthylphénidate. La prescription pharmacologique doit toujours être précédée du consensus signé par les parents ou tuteurs légaux.

Atomoxétine

L'atomoxétine, qui n'est pas un médicament psychostimulant, est un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline au niveau présynaptique, avec une activité minimale sur les transporteurs d'autres monoamines telles que la dopamine et la sérotonine. L'atomoxétine induit, au niveau cortical, une augmentation des taux extracellulaires de noradrénaline et de dopamine [27, 177].

Sa demi-vie courte est courte, mais elle exerce également des effets cliniques prolongés dans les 24 heures. Elle peut pourtant être administrée une ou deux fois par jour.

Le profil de tolérance est bon, elle améliore les symptômes clés du TDAH et le fonctionnement familial, scolaire et social de l'enfant [188, 199]. Ce médicament serait aussi efficace pour la prévention des récives à 12 et 18 mois [25].

En présence de co-morbidité, l'atomoxétine améliore non seulement les symptômes du TDAH, mais aussi les symptômes d'anxiété, malgré un *effet size* mineur (0,50) par rapport à celui mesurable sur les symptômes du TDAH, sans aggraver les symptômes dépressifs [99] ou les tics vocaux ou moteurs.

La posologie est de 0,5 à 2 mg/kg/j. L'administration d'atomoxétine commence par une posologie initiale de 0,5 mg/kg/j. Cette dose doit être maintenue pendant 7 jours avant d'être augmentée progressivement en fonction de la réponse clinique et de la tolérance. La dose d'entretien conseillée est d'environ 1,2 mg/kg/j (en fonction du poids du patient et des dosages d'atomoxétine disponibles).

L'efficacité et la sécurité de l'atomoxétine ont été évaluées de manière systématique jusqu'à une dose totale quotidienne de 1,8 mg/kg/j [116]. L'effet thérapeutique se manifeste à partir de la quatrième semaine de traitement.

Les effets indésirables les plus fréquents sont des troubles gastro-intestinaux, la réduction de l'appétit et la perte de poids (qui diminuent dans le temps), une somnolence et une asthénie, une augmentation transitoire et non significative de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque. Concernant les autres effets indésirables possibles, les autorités réglementaires italiennes ont décidé d'insérer dans la fiche technique du produit les informations actualisées sur le risque d'ideation et de comportement suicidaire, pour attirer l'attention sur le fait que les jeunes qui commencent un traitement par l'atomoxétine ou des psychostimulants doivent être surveillés attentivement pour détecter de possibles manifestations anormales du comportement, intentions suicidaires ou aggravations du tableau clinique psychiatrique.

Méthylphénidate

Le méthylphénidate est utilisé pour le traitement des patients atteints de troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité et narcolepsie.

Ce médicament est un stimulant central, de la classe des amphétamines, et appartient donc aux médicaments d'usage réglementé par une législation spécifique en Italie, en France et dans de nombreux pays européens.

Cette molécule est considérée encore aujourd'hui l'une des thérapies les plus efficaces pour les enfants, adolescents et adultes avec TDAH et constitue le médicament de choix. Comme tous les psychostimulants, le méthylphénidate empêche la recapture synaptique des monoamines en bloquant le transporteur présynaptique. Le méthylphénidate est capable de renforcer la transmission dopaminergique déficitaire et de diminuer un état d'hyperactivité dopaminergique. Il est capable d'améliorer l'inhibition des réponses, la mémoire de travail et les processus de discrimination des stimuli (pour plus de détails sur le fonctionnement des psychostimulants et leur utilisation pour des troubles psychiatriques ou comorbides, voir [2]). À différence de l'amphétamine, le méthylphénidate exclut d'une façon spécifique les transporteurs synaptiques de la dopamine et de la noradrénaline.

Chez les enfants, le pic de concentration sérique est atteint environ 2 heures après l'administration orale, avec une durée d'action de 1 à 4 heures et une demi-vie de 2 à 3 heures.

La posologie moyenne est de 0,3-0,6 mg/kg/j en 2-3 prises par jour.

Les effets indésirables les plus importants sont la diminution de l'appétit, l'insomnie et les troubles gastro-intestinaux (évitables en administrant le médicament après les repas). Chez les individus

prédisposés, on peut remarquer la présence ou l'aggravation de mouvements involontaires (tics, idées obsessives) ; chez certains enfants, le médicament peut provoquer des variations rapides de l'humeur ou l'apparition d'idées suicidaires. Le méthylphénidate peut aussi avoir des effets sur l'augmentation sature pondérale lors des traitements prolongés ; des visites régulières de suivi avec une évaluation attentive des paramètres auxologiques sont donc nécessaires. On a enfin documenté une augmentation du risque d'événements cardiovasculaires pour lesquels il est nécessaire de prescrire à tous les sujets un ECG et une évaluation cardiologique avant le début du traitement, puis périodiquement au cours du traitement. Aucune augmentation du risque de néoplasie n'a, en revanche, été rapportée [193, 207].

Environ 30 p. 100 des enfants avec TDAH ne répondent pas au méthylphénidate. Les facteurs qui semblent en limiter l'efficacité sont la prédominance de l'anxiété et de la dépression dans le tableau symptomatologique, la concomitance de lésions organiques et neuro-évolutives et la présence de conditions socio-économiques et environnementales défavorables. Tous ces éléments rappellent la difficulté et l'hétérogénéité de la définition diagnostique de ce syndrome.

Les données cliniques actuellement disponibles indiquent que l'utilisation du médicament n'est justifiée que pour une période courte et dans le cadre d'une thérapie qui ne doit pas être que pharmacologique, considérant que les études prospectives n'ont pas démontré d'amélioration significative du devenir en termes de meilleure insertion sociale ou accès à des niveaux scolaires plus élevés.

En ce qui concerne le possible abus de substances psychotropes à l'adolescence ou au jeune âge, une méta-analyse des données de la littérature disponibles indique que, indépendamment de la possible sensibilisation au méthylphénidate, l'exposition précoce au traitement pharmacologique des enfants avec TDAH prévient l'abus de telles substances plutôt qu'elle ne la favorise [202, 203]. Les mécanismes possibles d'un tel effet protecteur incluent la réduction des symptômes du TDAH, surtout de l'impulsivité, l'amélioration des performances scolaires et des relations avec les camarades et les adultes de référence, la possible réduction de l'évolution vers un trouble des conduites et, par conséquent, vers un trouble de personnalité antisociale.

Signalons enfin le résultat intéressant d'une étude ouverte utilisant un placebo pour substituer la moitié de la dose de méthylphénidate. L'utilisation du placebo avait été expliquée tant aux patients qu'aux parents, et les évaluateurs étaient les enseignants qui n'étaient pas au courant du régime pharmacologique de leurs élèves. À la fin de leur étude, les évaluateurs signalaient le même degré d'amélioration pour les sujets à dose pleine de méthylphénidate et pour ceux qui ne recevaient que la moitié de la dose (méthylphénidate + placebo) [152]. Ce résultat doit faire réfléchir sur l'importance des aspects émotionnels et psychologiques liés à l'expressivité symptomatologique d'un tel syndrome.

En résumant, si l'on décide de commencer un traitement pharmacologique par le méthylphénidate ou l'atomoxétine, les dernières recommandations européennes [11] préconisent :

- de faire un examen physique approfondi ;
- de vérifier la présence d'antécédents d'épilepsie ;
- d'évaluer toute la psychopathologie possible, y compris l'idéation suicidaire.
- de considérer le risque cardiovasculaire (cardiopathies structurales, antécédents familiaux de début précoce, présence de syncopes pendant l'exercice physique).

Pendant le traitement, on doit systématiquement surveiller la présence de possibles troubles de l'activité cardiaque (palpitations, syncopes), de signes d'atteinte hépatique, d'irritabilité et d'idéation ou de comportements suicidaires.

Conclusion

Le TDAH est défini comme un trouble neurobiologique qui se manifeste comme une altération dans l'élaboration des réponses aux stimuli de l'environnement et dont l'expression symptomatologique est souvent en relation avec la qualité de l'intégration scolaire et familiale.

Le noyau des symptômes du TDAH (inattention, impulsivité, hyperactivité) peut provoquer des altérations fonctionnelles dans des différents domaines du fonctionnement psychosocial comme l'école, les relations avec les parents, la fratrie et les camarades.

Les troubles les plus fréquemment associés au TDAH sont les troubles externalisés, les troubles internalisés, les troubles anxieux, le trouble de l'acquisition de la coordination et les troubles de l'apprentissage.

TDAH est une condition hétérogène et complexe causée par l'interaction dans chaque individu de ses aspects neurobiologiques, avec une multiplicité d'aspects de risque et protection.

En ce qui concerne le classement diagnostique et l'approche thérapeutique, il existe des recommandations tant en Europe qu'aux États-Unis ; il n'existe pas de tests diagnostiques spécifiques pour le TDAH : les tests neuropsychologiques, les questionnaires pour parents et enseignants, les échelles d'évaluation ne sont utiles que pour mesurer la gravité du trouble et pour évaluer son évolution.

La thérapie pour le TDAH se fonde sur une approche multimodale qui combine des interventions psychosociales avec des thérapies médicales.

Les parents, les enseignants et l'enfant même doivent toujours être impliqués dans l'élaboration d'un programme thérapeutique individualisé sur la base des symptômes plus graves et des points de force identifiées dans chaque enfant.

La thérapie psychocomportementale inclut un cycle de rencontres de *parent training* avec les parents et la consultation systématique des enseignants.

L'implication des enseignants est une partie intégrante et essentielle d'un parcours thérapeutique pour le traitement de l'enfant avec TDAH.

Les interventions directes sur l'enfant/adolescent se fondent principalement sur des techniques cognitives et métacognitives classées selon l'âge ; programmer un traitement signifie surtout adapter la thérapie selon la situation sociale dans laquelle le patient est inséré.

Devenir du TDAH à l'adolescence

Véronique DELVENNE

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un trouble persistant et invalidant du développement psychologique, associant un trouble de la fonction d'attention-concentration, une hyperactivité et de l'impulsivité. Il commence tôt dans l'enfance et persiste souvent à l'adolescence et même à l'âge adulte. Il peut entraîner des difficultés dans le développement de personnalité.

Actuellement, il n'est pas possible de limiter la compréhension de l'hyperactivité à un modèle à l'exclusion d'un autre. Nous sommes face à une complexité de facteurs, aussi bien endogènes qu'émotionnels, cognitifs, environnementaux, éducatifs ou développementaux. Il y a un réel intérêt clinique à intégrer ces différents modèles.

Historique

Le développement du concept d'hyperactivité s'est développé au cours de trois périodes [218]. La première période (1900-1960) correspond à l'apparition progressive du concept par l'intermédiaire de l'observation de l'instabilité motrice chez les enfants. En 1937, Bradley rapporte l'efficacité de la benzédrine, un dérivé de l'amphétamine, chez les enfants avec des difficultés comportementales liées à l'hyperactivité. La deuxième période (1960-1980) correspond à l'explosion des recherches sur l'instabilité psychomotrice, l'hyperactivité et, progressivement, sur les symptômes de déficit de l'attention associés, parallèlement au développement des différentes versions des DSM-II et III. Dans le même temps, de nombreuses publications sont consacrées à l'étude des effets des psychostimulants. Durant la troisième période qui va de 1980 jusqu'à nos jours, beaucoup de chercheurs tendent à préciser les définitions du trouble, mettent l'accent sur le déficit attentionnel et également sur les co-morbidités fréquentes. C'est également au cours de cette dernière période que nous nous sommes intéressés au devenir des enfants avec un TDAH, tant à l'adolescence qu'à l'âge adulte. Pendant de nombreuses années, on a pensé que les enfants hyperactifs, impulsifs et inattentifs se libéraient de leur problème à l'adolescence. Ces observations étaient uniquement fondées sur des

impressions cliniques. Nous disposons maintenant de nombreuses études de suivi qui ont évalué le suivi de ces enfants avec TDAH et leur devenir à l'adolescence et à l'âge adulte [212, 214].

Prévalence

Plusieurs études convergent pour soutenir une prévalence d'environ 1,5 p. 100 pour le trouble hyperkinétique dans la population d'enfants d'âge scolaire. Le déficit d'attention-concentration sans hyperactivité est présent chez environ 1 p. 100 de la même tranche d'âge. Cependant, la prédominance de la catégorie plus large de TDAH se situe au environ de 3-5 p. 100 [220]. Il est toutefois difficile d'évaluer la prévalence du trouble à l'adolescence car le diagnostic est rarement posé à cet âge et la notion selon laquelle le trouble se résolvait à cet âge a longtemps prévalu.

Définitions et critères de diagnostic

La définition clinique comme les critères diagnostiques ont souvent changé au cours des dernières décennies et selon les pays. Cela reflète les différences dans la conceptualisation du trouble mais crée aussi la confusion parmi les praticiens et les patients. Actuellement, le TDAH est défini par la quatrième édition du *Manuel de diagnostic statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) [210] ou par la Classification internationale des maladies (CIM-10) [218]. Ce qui caractérise le diagnostic est fondé sur la triade symptomatique : *inattention*, *hyperactivité*, et *impulsivité* (Tableau 33-VI). En outre, le diagnostic exige une interférence

Tableau 33-VI Critères du DSM-IV pour le TDAH.

A. Présence de (1) ou de (2)	
1. Six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadéquat et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :	d. a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir e. est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » f. parle souvent trop
• <i>Inattention</i>	• <i>Impulsivité</i>
a. souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités	g. laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
b. a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux	h. a souvent du mal à attendre son tour
c. semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement	i. interromp souvent les autres ou impose sa présence (par exemple, fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)
d. souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)	B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans
e. a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités	C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (par exemple, à l'école – ou au travail – et à la maison)
f. souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)	D. On doit mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel
g. perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (par exemple, jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)	E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, trouble thyroïdique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité)
h. souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes	
i. a des oublis fréquents dans la vie quotidienne	
2. Six des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadéquat et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :	En fonction de ces critères, trois types de TDAH sont retrouvés :
• <i>Hyperactivité</i>	1. TDAH, type mixte : si à la fois les critères A1 et A2 sont remplis pour les six derniers mois
a. remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège	2. TDAH, type inattention prédominante : si le critère A1 est rempli mais pas le critère A2 pour les six derniers mois
b. se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis	3. TDAH, type hyperactivité prédominante : si le critère A2 est rempli mais pas le critère A1 pour les six derniers mois
c. souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)	

Entrevue de l'adolescent avec ses parents

Ce temps de l'évaluation permet d'appréhender le fonctionnement familial, l'histoire familiale ainsi que les interactions entre l'adolescent et ses parents. Il permet aussi d'évaluer les co-morbidités possibles et les diagnostics différentiels. Différentes variables peuvent influencer des symptômes du TDAH telles que des variables environnementales, des conflits de famille, des difficultés dans le couple parental, voire un divorce, mais également des variables socio-économiques.

Entrevue avec l'adolescent

Le fonctionnement général du jeune, à l'école, dans la société et dans le groupe de pairs doit être évalué, comme les éventuelles co-morbidités qui peuvent alors être vérifiées (notamment une consommation de toxiques). La qualité des interactions avec les parents et les vécus émotionnels sont évalués, de même que l'attitude de l'adolescent à l'égard de son problème. Ce dernier point de l'évaluation est important car il intervient grandement dans la définition des stratégies de traitement que l'on pourra proposer à ce jeune. Ainsi, les jeunes adolescents (11-14 ans) nient souvent leur problème et les difficultés qu'ils rencontrent et ne sont donc pas demandeurs d'une aide particulière, tandis que les adolescents plus grands (15-19 ans) acceptent mieux leurs difficultés et sont plus enclins à mettre en place un processus d'aide et de soins [219]).

Échelles d'évaluation scolaires, parentales et pour l'adolescent

Les échelles d'évaluation sont importantes pour corroborer les impressions cliniques face aux problèmes comportementaux et d'attention-concentration du jeune. Elles ne constituent en rien un outil de diagnostic. Elles incluent classiquement l'échelle des symptômes du TDAH du DSM-IV pour les parents et les enseignants ainsi que les échelles de Connors pour les enseignants, les parents et l'adolescent (références in [220]). Il est important d'évaluer l'impact des difficultés attentionnelles sur le fonctionnement scolaire. Toutefois, à l'école secondaire, il est souvent difficile d'obtenir cette information car le jeune a cinq à huit professeurs différents.

Examen physique

Un examen physique général est réalisé, comprenant le poids, la taille, le statut alimentaire, les éventuelles anomalies physiques mineures, la tension artérielle, la palpation de la thyroïde et le contrôle de la vision et de l'audition. D'autres investigations, telles que l'évaluation neurologique, peuvent être réalisées en fonction de l'anamnèse et des antécédents médicaux.

Tests psychométriques et tests cognitifs

Actuellement, il n'existe pas de test psychologique spécifique du TDAH.

L'évaluation du QI est utile pour déterminer le profil d'intelligence et le potentiel de performance scolaire. Les échelles de Weschler comme la WISC-III-R sont les plus utilisées. Une évaluation du niveau d'acquis pédagogiques, grâce à des tests de niveaux pédagogiques, permet d'évaluer la compétence scolaire du jeune ; ces tests varient dans les différents pays en fonction des programmes scolaires.

Les évaluations neuropsychologiques se sont considérablement développées ces dernières années. L'évaluation des fonctions d'attention visuelle, d'attention auditive, d'attention soutenue ainsi que de la fonction exécutive, des capacités d'inhibition, de planification, de fluence et de mémoire peut être faite (références in [220]). Ces évaluations peuvent aider le clinicien à mesurer les capacités d'attention et de concentration de l'adolescent.

Diagnostic différentiel

À l'adolescence, le diagnostic de TDAH ne peut pas être posé sans une histoire de trouble semblable dans l'enfance. Les troubles des conduites ou les troubles de la personnalité limite peuvent parfois rendre le diagnostic différentiel complexe. L'anxiété, les troubles de l'humeur comme les abus de toxiques se présentent parfois sous la forme d'un comportement hyperactif avec de l'instabilité.

Traitement

À l'adolescence, le clinicien doit garder à l'esprit l'étape développementale dans laquelle se trouve le jeune au moment de l'évaluation. Il doit aider l'adolescent à comprendre et à accepter le TDAH et à le motiver pour collaborer au processus de soins. Les stratégies thérapeutiques doivent viser non seulement les symptômes du TDAH, mais également les co-morbidités, les interactions familiales, la pathologie parentale et des retentissements dans la sphère sociale et scolaire. Robin et al. [219] ont constaté que les adolescents avec un TDAH et leurs familles bénéficiaient beaucoup plus d'une intervention thérapeutique soutenue au moment du diagnostic. La présence de co-morbidités telles le trouble des conduites, le trouble oppositionnel défiant ou l'abus de toxiques obligent souvent le clinicien à proposer d'abord des stratégies thérapeutiques pour ces problèmes avant de traiter le TDAH.

L'évaluation des interactions familiales peut déboucher sur un processus thérapeutique de la famille qui a pour but de réduire les conflits et de développer des stratégies pour faire face aux symptômes invalidants. De même, l'évaluation de l'impact des symptômes du TDAH sur le rendement scolaire peut permettre la mise en place de stratégies d'aides pédagogiques, comme l'appui scolaire individuel, ou des aides plus spécifiques s'il existe des troubles instrumentaux persistants.

Quand un traitement médicamenteux est indiqué, il est important de le commencer après la période de diagnostic et d'information pour s'assurer de la compliance de l'adolescent et de sa famille. Le médicament le plus fréquemment proposé est le méthylphénidate.

Conclusion

Traiter les enfants avec un TDAH et les soutenir permet de prévenir partiellement une évolution défavorable à l'adolescence. Cependant, quand ils arrivent à la puberté, il est très important d'évaluer les différents risques d'évolution problématique.

L'hyperactivité a habituellement diminué, mais le déficit d'impulsivité et de trouble attentionnel se poursuivent généralement à l'adolescence. Les conséquences à l'adolescence d'un TDAH non diagnostiqué ou non traité peuvent être considérables en termes d'estime de soi, de dépressivité, de dépendance ou de trouble délinquant. Le poids au niveau des apprentissages peut être énorme avec un faible degré d'instruction atteint. Les relations familiales peuvent avoir été mises à mal. Cause ou conséquence les perturbations de la vie psychique sont constantes avec le développement éventuel de troubles de la personnalité ou des co-morbidités psychiatriques.

Il importe, et c'est notre démarche de clinicien classique, de repérer la singularité du sujet, de s'interroger sur son fonctionnement psychique, d'appréhender son histoire personnelle et familiale, de rechercher le sens de son symptôme.

Mais il importe aussi de dépasser les conflits idéologiques ou culturels autour de l'hyperactivité comme de se départir de la pression médiatique ou mercantile de l'industrie pharmaceutique, pour pouvoir penser une approche thérapeutique multidimensionnelle, entre versant psycho- ou neurodéveloppemental.

Face à ce modèle polyfactuel, une conduite thérapeutique cohérente et multidisciplinaire doit se dégager, appuyée sur deux fondements. L'un vise à diminuer le symptôme quand il est sévèrement handicapant et avec des conséquences péjoratives. Ce recours au traitement médicamenteux, je l'entendrais alors comme Ph. Jeammet le conçoit, comme un « outil de liberté ». Il aide le jeune à récupérer une certaine continuité de pensée et de concentration, le restaurant narcissiquement et déculpabilisant les parents, permettant alors la poursuite du travail psychothérapeutique.

L'autre fondement passant par une compréhension psychodynamique et systémique du sens du symptôme afin de ne pas se contenter de réprimer celui-ci au risque d'en voir émerger un autre. Le traitement médicamenteux, s'il est présent, ne doit jamais nous dispenser d'une réflexion avec l'enfant ou l'adolescent et ses parents quant au sens que prennent ses difficultés dans la trajectoire de son existence. Seule notre conviction plurifactorielle est à même de pouvoir créer une alliance thérapeutique avec les parents et nos patients. La suspension de la question de la causalité nous permet une exploration plus libre de la clinique et nous aide à créer des dispositifs thérapeutiques adaptés.

Hyperactivité et troubles limites de la personnalité

Alberto LASA ZULUETA

Hyperactivité et organisation de la personnalité

Associer l'hyperactivité et le déficit d'attention à l'organisation de la personnalité peut sembler élémentaire, car, en effet, ça l'est. En revanche, cette affirmation n'est acceptée que par ceux qui soutiennent la conception « psychopathologique » ou « psychanalytique », qui affirme le caractère multifactoriel du trouble et qui optent, par conséquent, pour des traitements multidimensionnels. Les défenseurs d'une conception « neurologique » ou

« physiopathologique » affirment, en se fondant – disent-ils – sur l'évidence scientifique, qu'il s'agit d'une maladie « chronique, aux fortes composantes héréditaires et dont l'étiologie neurochimique a été prouvée » [222]. Les traitements destinés à équilibrer les déséquilibres dans les neurotransmetteurs causaux sont donc pharmacologiques. S'il est vrai que la presque totalité des auteurs parlent du besoin de compléter l'approche pharmacologique par d'autres thérapeutiques, il l'est aussi que beaucoup de données montrent que très souvent – surtout quand ce choix est pris par des services psychiatriques avec des ressources de soins débordés ou par d'autres services médicaux non spécialisés – le traitement avec des psychostimulants est le seul reçu par l'enfant [221, 223, 228-230, 234, 254, 257, 269].

Nous ne développerons, parce qu'elle est largement connue, la polémique actuelle qui oppose les deux conceptions. Celles-ci rendent parfois à certaines convergences dues à l'opiniâtreté des faits cliniques, mais elles font très souvent l'objet de désaccords et de disqualifications [252].

Il suffit de citer, comme résultat de cet état des choses, les profondes différences épistémologiques qui existent sur les données d'incidence et de prévalence entre les statistiques américaines et européennes. La simple application de systèmes de classification différents (DSM-IV ou CIM-10) provoque déjà des variations importantes [258]. Mais si, de plus, les systèmes de classification reprennent – et il ne peut en être autrement – tous une conception des troubles mentaux, nous nous trouvons face à une curieuse situation.

Ceux qui utilisent habituellement la classification française (CFTMEA) peuvent englober l'hyperactivité dans les dysharmonies ou dans les personnalités limites. Et personne n'est surpris de trouver dans la genèse de l'hyperactivité de multiples facteurs psychiques (patience et capacité à différer la satisfaction, déplacement et maintien de la curiosité, contrôle des décharges impulsives et suspension de l'action, tolérance des impositions éducatives, etc.) ou des troubles psychopathologiques (troubles de l'attachement et du *holding* précoce, défenses maniaques ou hypomaniaques, problématiques dépressives, impossibilité de mécanismes d'intériorisation et d'identification, etc.). Pour ceux qui appréhendent ainsi le problème et qui pensent que tout cela passe sans doute par le cerveau, mais est le résultat d'un développement long et complexe et de la structuration rigoureuse et continue de processus d'apprentissage et de relation, il est difficile de réduire des fonctions psychiques si sophistiquées, et essentiellement humaines, à l'irréversibilité d'une insuffisance chimique préalable. Ils pensent par conséquent que les solutions passent par les effets structurants que peut avoir, sur les failles de la personnalité, une relation thérapeutique prolongée permettant d'aborder les multiples facteurs étiopathogéniques mis en jeu [239, 251, 255, 256].

Au contraire, ceux qui optent pour le DSM, ou qui sont obligés de l'appliquer du fait de son actuelle prédominance, se trouvent confrontés à l'impossibilité d'aborder les troubles de la personnalité comme diagnostic et, en général, ils tendent à ajouter à l'hyperactivité – avec ou sans déficit d'attention – d'« autres » troubles ou « co-morbidités ». Une fois le diagnostic d'une « véritable maladie médicale » confirmé, le traitement pharmacologique n'est pas seulement le « choix premier », mais le seul à pouvoir modifier les troubles « causaux ». Cette position ne semble pas, pour l'instant, sensible aux multiples travaux, américains là encore, qui remettent pourtant en question la surprescription, l'usage « non médical » et même l'efficacité à moyen et long

terme des effets symptomatiques initiaux des psychostimulants [235, 261-263, 267].

Cette divergence, qui semble un tant soi peu manichéenne et qui paraît opposer d'une manière irréconciliable cultures psychiatriques, systèmes de classification, voire domaines géographiques ou linguistiques, présente cependant quelques points de convergence. Différents auteurs américains défendent actuellement le besoin d'introduire dans leurs systèmes de classification la dimension multifactorielle des aspects du développement précoce ainsi que des troubles de la personnalité chez l'enfant [236, 238]. Même les plus fervents défenseurs d'une hyperactivité « vraie maladie » ont nuancé deux points importants : d'une part, la difficulté à trouver dans la clinique « habituelle », et à la différence de celle des essais cliniques, des cas d'hyperactivité « pure », tant la fréquence des co-morbidités associées et grande ; d'une autre, l'accent clinique paraît se déplacer de l'hyperactivité aux troubles de l'attention et aux « fonctions exécutives », et du comportement au cognitif ou, autrement dit, aux fonctions psychiques de liaison [225, 231].

Mais la recherche active de points de convergence entre auteurs de différents pays n'est, pour l'instant, qu'exceptionnelle. La tentative la plus remarquable a consisté à comparer et à rapprocher la compréhension psychopathologique et les concepts diagnostiques de *multiplex personality disorder* et de dysharmonies évolutives-personnalités limites [247, 264]. Il est cependant évident que, pour certains auteurs américains, la compréhension de l'hyperactivité, son insertion dans le développement de la personnalité, et dont le recours, dans leurs traitements, aux interventions psychothérapeutiques sont comparables à ceux des auteurs européens. Entre d'autres, P.F. Kernberg a souligné la « fréquence avec laquelle nous trouvons une organisation *borderline* sous-jacente chez des enfants qui présentent des troubles de l'attention et de l'hyperactivité ainsi que des troubles du comportement antisocial » [226, 241-246, 254, 259, 260, 265, 266, 268]. Il est néanmoins également vrai que leurs points de vue sont moins divulgués que ceux qui intéressent davantage la psychiatrie américaine dominante et qui font l'objet d'innombrables recommandations (*guidelines*) qui, si elles affirment qu'il n'y a pas de preuve de l'efficacité des traitements psychothérapeutiques, sont néanmoins actuellement imposées comme des documents incontournables qui en confirment l'inefficacité, ce qui n'est pas la même chose.

Quelles que soient les divergences, nous estimons qu'il est important, pour tous ceux qui abordent des traitements fondés sur la relation, d'avoir des références cliniques qui leur serviront non seulement de paramètres d'orientation et d'évaluation des différentes lignes évolutives, mais encore de fils conducteurs des lignes prédominantes de la relation thérapeutique et, par conséquent, de sa réorganisation psychique. Il s'agit ainsi de contribuer à éviter ce que, en se référant à la « décennie du cerveau », L. Eisenberg décrivait : « on est en train de passer d'une psychiatrie sans cerveau à une psychiatrie sans psychisme » [232].

Quelques éléments cliniques sur le diagnostic différentiel et les trajectoires évolutives

Nous réunissons deux termes sous ce même énoncé, l'un est synchronique et l'autre diachronique. En effet, dans une perspective

qui associe la psychopathologie au développement, et surtout depuis notre perspective – dynamique pour ce qui est conceptuel et diachronique, fondée sur des suivis prolongés, pour ce qui relève de l'assistance –, le diagnostic n'est jamais terminé ou définitif, il dépend d'avatars biographiques, éducatifs et thérapeutiques, qui ne sont pas toujours prévisibles ou uniformes. Il s'agit de décrire les doutes et les réflexions théoricocliniques, habituelles dans le contexte de séances cliniques, pour chercher des points de référence susceptibles d'orienter les options thérapeutiques, tout comme les évaluations thérapeutiques et pronostiques.

Dans le cas des psychoses

Pour tous ceux qui partagent une vision structurelle et psychodynamique de la personnalité, le doute majeur qui se présente au moment du diagnostic clinique est de distinguer la personnalité des psychoses, (surtout face aux formes cliniques plus marquées par des phénomènes dissociatifs, symbiotiques et déficitaires que celles à prédominance autistique). Au moment de la précision conceptuelle, nombreux sont ceux qui pensent que seules trois « structures psychiques » doivent être prises en compte : la névrotique, la psychotique et la perverse. Ceux-ci tendent à mettre sur un pied d'égalité ou à rapprocher le fonctionnement limite et le fonctionnement psychotique, rapprochement et différenciation qui, nous l'avons vu, ont fait réfléchir beaucoup d'auteurs cités plus haut dont nous ne reprendrons pas ici les considérations.

L'« option DSM » simplifie les choses au premier regard parce qu'elle supprime toute référence à la psychose, mais le problème se pose à nouveau lorsqu'il s'agit d'encadrer ce type de fonctionnement limite dans le cadre étroit de l'« autisme atypique » ou des « troubles généralisés du développement ». Comme cela a été dit, il faudra attendre de voir, dans les versions à venir, ce qu'il advient de la proposition d'un « trouble multiple du développement » non inclus jusqu'à présent, et même de la possibilité de modifications tendant à une extension des « troubles d'attention » tels que l'envisage Brown, ou encore à l'inclusion de nouveaux diagnostics prenant en compte les multiples co-morbidités « indépendantes » coexistantes (comme dans l'option nordique acceptée à partir des propositions de C. Gillberg) [233, 237].

Si nous revenons à notre perspective d'une psychopathologie structurelle psychanalytique, c'est peut-être la position de J. Bergeret qui bénéficie du plus grand consensus : il l'a résumée dans un tableau célèbre qui mérite d'être reproduit pour son utilité théoricoclinique (Tableau 33-VII).

Il est par ailleurs intéressant de préciser certaines des affirmations de cet auteur. En rappelant la métaphore de Freud – « si

Tableau 33-VII Caractéristiques psychodynamiques comparées des psychoses, personnalités limites et névroses.

	Symptômes	Angoisse	Relation à l'objet	Défenses
Psychose	Dépersonnalisation Délire	Défragmentation	Fusionnelle	Dénégation Dédoubllement du moi
Personnalité limite	Dépression	De perte d'objet	Analytique	Dédoubllement d'images Forclusion
Névrose	Obsessionnels Hystériques	De castration	Génitale	Répression

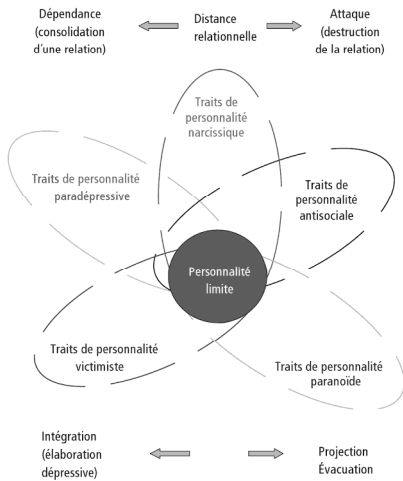


Figure 33-1 Constellation des traits de personnalité appartenant aux personnalités limites.

culpabilisant (fonctionnement aux traits caractéristiques de la « position schizoparanoïde » kleinienne).

Les mouvements ou pôles extrêmes résultant des deux tendances opposées mèneraient à :

- des mouvements vers la consolidation de *vécus* et de *phénomènes dépressifs* et *parodépressifs*, lorsque les expériences de dépendance affective et les angoisses de perte et de séparation prédominent. C'est la meilleure situation car elle prédispose à la reconnaissance de difficultés et à l'élaboration, partagée dans une relation thérapeutique, d'éventuelles issues évolutives ;
- des mouvements tendant à la consolidation de *traits antisociaux*, lorsque prédominent l'attribution à l'autre de tout malaise et l'organisation progressive de ce dernier sous la forme de reproches vengeurs permanents. C'est la plus inquiétante car elle favorise la tendance à agir contre l'autre, empêchant tout effort d'intériorisation et de reconnaissance de ses propres problèmes. Par ailleurs, l'entrée dans l'adolescence facilite la « syntonie collective » avec d'autres adolescents de mêmes tendances, qui renforce la « collectivisation » et la dilution de tout sentiment de responsabilité individuelle ainsi que la sensation de « normalité », ou « égosyntonie », de leurs conduites : « tous, sauf les trouillards ou les idiots, pensent et agissent comme moi/nous ».

Entre ces deux situations, l'on peut observer, entre autres, plusieurs *positions* ou *mouvements intermédiaires* différents. Ceux que nous avons observés avec le plus d'évidence sont :

- des mouvements vers l'organisation de traits de personnalité *narcissique*, dont la caractéristique essentielle est l'hypermensibilité à l'attention, l'estime et l'admiration des autres (pour confirmer une image idéalisée et parfois exagérément grandiose de soi), besoin qui, paradoxalement, est simultanément nié et camouflé

sous des attitudes d'arrogance, d'indifférence et de mépris (pour confirmer une supériorité toujours chancelante en humiliant les autres par sa suffisance). La conséquence de ce fonctionnement particulier est l'insatisfaction permanente, l'instabilité dans ses relations avec ses égaux qui ne sont supportables – pour l'enfant narcissique – que si ses exigences sont acceptées. Voilà une position qui empêche ces enfants de tolérer de devoir se soumettre aux règles que tout jeu ou toute relation d'amitié imposent (reconnaître les hiérarchies, accepter des rôles secondaires, supporter une plus grande habileté des autres, sacrifier son propre intérêt aux souhaits de l'ami, préférer l'ami et ses faiblesses plutôt que de le sacrifier pour un nouveau venu « supérieur », savoir garder un secret malgré le « bénéfice » que rapporte la révélation, etc.) et qui constituent les acquis les plus importants qui caractérisent la période de latence. Son incapacité à se faire des amis fidèles et à prendre part à des jeux partagés devient à son tour un motif d'insatisfaction narcissique facilement projeté, dans un mécanisme déculpabilisant, sur les autres : « ils me rejettent, ils m'ont pris en grippe » ou « ils ne me comprennent pas », « leurs jeux ne m'intéressent pas ». Une fois ces incapacités signalées, il faut néanmoins indiquer que les traits narcissiques représentent aussi un progrès bénéfique, car, en permettant l'accès à un certain style de relation (marquée par l'« indifférence émotionnelle », l'« autonomie distante » et quelques autres mécanismes avec lesquels ils essaient de se maintenir dans la relation, tant que leur insécurité et leur souffrance ne sont pas remises en question), ils permettent d'élaborer progressivement, dans le cas d'un contexte relationnel favorable maintenu dans le temps, le besoin de reconnaissance réciproque avec l'autre et l'entrée dans la tolérance (« nous avons tous des besoins et des défauts ») et dans l'ambivalence (« je peux haïr et avoir besoin de la même personne... je peux être insupportable et agréable avec les autres et, par conséquent, je peux être haï et apprécié ») :

- lorsqu'il y a mélange d'éléments dépressifs (dévalorisation ou « faible estime de soi », sentiments d'incapacité et d'être rejeté à cause de ses insuffisances, expériences répétées d'échec) et d'éléments de défense paranoïaques (« personne ne m'aide, tout le monde me critique »), il se produit une situation particulière et fréquente que je suggère d'appeler *victimisme*. Ce sont des situations qu'il ne convient pas de banaliser parce qu'elles sont très « embrouillées » et très difficiles à mobiliser. Il y a souvent une confluence de syntonie particulière, pour ne pas dire une fusion indifférenciée, entre la vision de l'enfant et celle de l'entourage familial qui accumule aussi des expériences réelles et subjectives d'échec personnel et social (maladie, chômage, carences économiques et affectives, etc.). Le résultat est un entêtement familial partagé, avec une méfiance massive envers toute proposition « venue de l'extérieur », qui renforce des mécanismes de dépendance archaïque et très enfantine chez les membres de la famille qui « font bloc » et « se protègent » contre toute « intrusion » d'« inconnus » (qu'il s'agisse de professeurs, de travailleurs sociaux, de thérapeutes ou simplement des voisins). Nous avons été surpris par la fréquence avec laquelle cette position « victimiste » partagée est latente dans des situations difficiles à comprendre : phobies scolaires et absenteïsmes très prolongés, situations d'isolement, de rejet et, par conséquent, échec de toute proposition d'aide, e situations de passivité et d'inactivité « sous-dépressives » durables, tendance à l'obtention permanente d'allocations d'invalidité et de reconnaissances d'incapacité, etc. ;

– quand c'est la recherche d'un certain équilibre personnel qui prédomine, en se protégeant du danger que représentent les autres, érigés comme des menaces, voire comme des persécuteurs actifs, nous assistons à une transformation facile du victimisme en mouvements que l'on peut qualifier de *paranoïaques*. Ils ne deviennent pas toujours des traits stables, au contraire, ce sont souvent des périodes transitoires. Il faut tenir compte du fait que, quoique fondé sur des projections subjectives qui déforment la réalité, en particulier dans un lieu comme un centre de jour où l'agression et la menace sont monnaie courante, cela peut être un mécanisme « de survie » qui suppose une certaine « prévision protectrice » face à l'hostilité ambiante (qui rappelle le concept de « paranoïa anticipatrice saine » qu'O. Kernberg attribue aux leaders ayant un bon flair institutionnel !). Pour ne pas exagérer l'éventuel sens positif de ces mouvements paranoïaques, disons qu'il y a deux situations fréquentes dans lesquelles ils nous semblent effectivement positifs : l'une, lorsqu'ils supposent une manière de sortir d'isolements psychotiques dans lesquels tout contact ou approche était impossible au préalable ; l'autre, lorsqu'ils supposent une espèce de focalisation (qualifiable de préphobique) qui permet d'évoluer avec plus d'aisance et de sécurité dans un entourage partagé. C'est précisément parce que les situations ou personnes qui « absorbent » tout le danger peuvent être tenues à distance qu'il suffit d'éviter leur approche pour récupérer une certaine tranquillité et stabilité. Ils peuvent même ainsi se permettre d'établir des relations stables avec des « protecteurs », qui leur viennent en aide lorsque le menaçant-harcelleur s'approche ou menace de le faire. En revanche, d'autres possibilités plus inquiétantes sont, d'une part, que les tendances projectives paranoïaques s'étendent et deviennent une attitude généralisée et permanente, donnant lieu à la consolidation d'une personnalité paranoïaque au sens strict du terme et, d'autre part, que le sujet se surcharge de tendances agressives et destructrices actives et que l'« attaque préventive » d'un ennemi quelconque, toujours à l'affût, devienne un trait stable, « égosyttonique » et écrasant qui va structurer une personnalité « vengeresse » (« il ne sait pas ce qui l'attend s'il me touche ») et psychopathique, surtout si le sujet rencontre des stimulations et des syntopies de groupe.

Évidemment, à côté des paramètres cliniques qui prédominent dans le schéma précédent, si l'on prétend à une vision dynamique et globale de la structuration de la personnalité, d'autres éléments cliniques complémentaires sont également essentiels pour une évaluation clinique et thérapeutique correcte, qui permette d'articuler des aspects métapsychologiques théoriques avec la compréhension d'évidences de conduite et d'attitudes que n'importe quel professionnel en contact avec ces enfants peut observer :

- *variations du critère de réalité* : oscillant, dénature, inexistant, installation permanente ou durable dans une néoréalité délirante, qui a le plus souvent un caractère passager sous la forme de « poussées » délirantes (poussées qui, associées à l'extériorisation et à l'évacuation de sentiments et de fantasmes intensément menaçants, peuvent compléter une apparence « hallucinatoire ») ;
- *types de fantasmes et évolution* : à prédominance libidinale (de soins, de protection et de réparation, qui se traduisent, dans les jeux et les dessins, par l'apparition de médecins, de pompiers, et autres soignants...) ou, au contraire, à prédominance agressive-destructrice (agression brutale, mort et destruction, catastrophe et cataclysmes...) avec toutes les intrications qu'il y a entre les deux : scènes de dévoration et oralité soit dangereuse (cannibales, requins et monstres dévorants ; aspiration dépeçante et mutuellement

menaçante), soit d'incorporation et de régénération (grossesses et autres inclusions, remplissages et expulsions surprenantes), fantasmes dépressifs (abandons, pertes et retrouvailles, réapparitions héroïques ou impossibles, morts regrettables et résurrections miraculeuses), mélancoliques (ruine et misère, désespoir irréparable), maniaques (exploits spectaculaires, identification à des superhéros bienveillants, mauvais ou les deux à la fois) ;

– *moyens utilisés pour les exprimer* : interprétées d'une manière explosive, incorporées à des attitudes spécifiques (identification à des rôles agressifs ou tout puissants), représentées dans des jeux de rôle, symbolisées à travers le jeu ou le dessin, verbalisées (d'une façon brusque et évacuatrice ou modulée et communicative) ;

– *images de soi et des autres*, plus ou moins scindées ou intégrées : des idéalizations positives ou négatives par exemple qui dénaturent la perception de soi et de l'autre, attribution de pouvoirs magiques ou exagérés, « construction » imaginaire de poursuivants menaçants ou, au contraire, reconnaissance de qualités, de ses propres limites et de celles d'autrui ;

– *mode d'expression d'affects et de sentiments* : évacuation incontrôlable, avec ou sans reconnaissance ultérieure (*actings*, « intolérance à la frustration »), canalisation au travers de différents moyens (ludiques, jeu de rôles, dessin, récit verbal), capacité de reconnaître (« a posteriori », chez d'autres ou en soi) des vécus émotionnels ;

– *établissement et évolution des relations* : avec des égaux, la famille, les enseignants, les thérapeutes (prise en compte de leurs interventions, acceptation de commentaires, enseignements, interprétations, etc.), transformation de sentiments et d'affects (de paranoïaques à dépressifs et à ambivalets)

Les habitudes de la formation et de la pratique psychotérapeutique connaissent la corrélation de tout ce qui a été décrit avec la prédominance et l'évolution de certains *mécanismes de défense* et avec l'établissement et la modification d'*aspects transférentiels*, mais il faut insister encore et toujours sur le fait que les interventions thérapeutiques dans le cas de ces enfants doivent être plurielles et que la traduction du métapsychologique à un langage plus « interprofessionnel » et plus accessible est indispensable.

Impact sur le développement psychique

Le passage manqué de la période de latence

L'une des caractéristiques qui soulignent, en négatif, la transcendence évolutive du trouble *borderline*, c'est l'absence, dans son fonctionnement psychique, des acquisitions psychiques complexes qui caractérisent et constituent l'essence de la période de latence, particulièrement importante pour le développement en général et pour l'organisation de la personnalité en particulier.

Pour résumer, les principales carences du *borderline* affectent :

- la consolidation du plaisir du fonctionnement psychique (capacité de déplacement symbolique, investissement de la connaissance, canalisation et vitalité permanentes de la curiosité) ;
- l'équilibre entre le plaisir du contrôle et le contrôle du plaisir (corporel et mental) : habiletés motrices, satisfactions auto-érotiques, tant dans la capacité à « modérer » et « accommoder » la masturbation sexuelle directe qu'à développer la « masturbation mentale » : érotisation de la fantaisie, jeux mentaux tels que le plaisir à remémorer l'élaboration de règles mnémotechniques, listes et collection de savoirs, etc. ;

- la capacité de *sublimation* (modulation de pulsions agressives, expression d'affects érotiques indirectes : tendresse, pudeur, nostalgie) ;
- l'intégration de sentiments ambivalents et l'acceptation des limites propres à l'« élaboration dépressive » (reconnaître et tolérer ses propres vertus et défauts et ceux des autres ; l'équilibre entre pulsions agressives et réparatrices, capacité de supporter la rivalité dans la compétition et la complicité des jeux réglés) ;
- le progrès de l'autonomie et l'éloignement physique et affectif par rapport aux parents (et à l'intériorisation corrélative de figures parentales consistantes et stables).

Cette brève énumération condense en réalité le résultat d'un travail d'élaboration psychique long et coûteux qui constitue le noyau essentiel du développement psychique (et de l'organisation de la personnalité) pendant la période de latence, en permettant l'accès à quelque chose – en apparence si trivial, quand un enfant va bien, mais si compliqué dans le cas contraire –, de l'ordre de l'adaptation scolaire avec la complexité d'apprentissages et de relations sociales que cela implique.

Elle détaille aussi la quantité et la complexité d'opérations psychiques qui se cachent sous d'autres concepts et dénominations qui, sous une apparence simplifiée, se sont, d'une part, excessivement étendus et qui, de l'autre, catégorisent et uniformisent des situations cliniques différentes et complexes. Nous faisons référence ici à des notions telles que l'« immaturité affective », l'« intolérance à la frustration », la « difficulté dans le contrôle de pulsions » et autres, qui sont facilement considérées non seulement comme constitutives d'un ensemble psychopathologique ou comme un syndrome spécifique, mais aussi comme attribuables à une étiologie neurobiologique unitaire. L'importance de cette vision réside dans le fait qu'elle peut affecter non seulement la compréhension des symptômes, avec le risque de laisser de côté des facteurs divers et complexes (évolutifs, familiaux, biographiques, traumatiques), mais aussi les options thérapeutiques.

Répercussion de la puberté et de l'adolescence

CHANGEMENTS CORPORELS : VÉCU ET IMAGE DU CORPS • L'impact des modifications corporelles et la turbulence hormonale et pulsionnelle qui va de pair supposent des vécus difficiles à intégrer et à métaboliser pour le sujet *borderline*. Il en est ainsi parce que le supplément de tension et d'excitation qu'ils apportent surchargent aussi l'insécurité et les vacillements d'une identité fragile et oscillante, en aggravant sa tendance naturelle au débordement mental. Ce débordement pulsionnel affecte à son tour son image corporelle – troublée maintenant par l'ajout de significations associées à la poussée de tensions agressives et sexuelles – et qui sera directement mêlée à la construction de sa « nouvelle identité ».

J'ai décrit dans un autre travail les trois typologies d'image corporelle qui se construisent dans l'adolescence [248] :

- le corps « *complice* » correspond à une image du corps vécu comme ami-compagnon, qui aide à consolider un projet de nouvelle identité. Elle correspond à un narcissisme tolérant, à une bonne image de soi et à un idéal du moi atteignable. Les attitudes envers le corps qui s'ensuivent consistent à l'orner et à l'embellir (maquillage, tatouages, piercings), à le soigner (vêtements, hygiène, cosmétiques), à le travailler (discipline sportive, régimes et ascétisme protecteur). Il est évidemment le fruit de la prolongation de bonnes expériences corporelles préalables et de l'intégration psychique de celles-ci pendant la latence ;

- le corps « *prothèse* » essaie de compenser les fragilités de l'identité et une « faible estime de soi », dans une inflation narcissique et mégalomane de l'image corporelle destinée à camoufler faiblesses et insécurités. L'exagération des signes de « force » corporelle, sa visibilité excessive et parfois grotesques, les changements d'aspects continus par mimétisme immédiat des modèles d'identification très passagers et variables et, surtout, le fait que ceux-ci ne se produisent pas comme un phénomène qui consolide son appartenance à un groupe de contemporains caractérisent habituellement le sujet *borderline*. La nécessité de se construire une fausse apparence, avec des manifestations exagérées de force et de provocation, peut arriver jusqu'au recours, pour confirmer sa robustesse, à l'agression réitérée des plus faibles (enfants et vieillards, vagabonds, homosexuels et, comme c'est le cas au quotidien dans un contexte d'insultations thérapeutiques, les plus « attardés » ou les plus « fous ») ;

- le corps « *adverse* » est vécu comme étant incontrôlable et explosif et, à différents niveaux, détestable et coupable de tout malaise psychique. Cette image correspond au besoin de trouver une victime sur laquelle la rage narcissique destructive puisse se décharger. « Je te hais, je te punis, je te détruis » sont souvent les mots utilisés dans leurs journaux intimes par les adolescents pour exprimer cette tendance auto-agressive à l'encontre de leur corps décevant et responsable de leur malaise, mais surtout les sentiments qui les poussent à toutes sortes d'actes et de conduites par lesquels ils agressent leur corps comme si celui-ci leur était étranger. La variété et la fréquence des attaques esthétiques et physiques contre leur corps sont bien connues : brûlures scarifications, multipierforations, etc., jusqu'à d'autres variantes « ascétiques » de punition et de privation de plaisir ou, encore, imposition de chaînes, « fers » et autres poids et suppléments lourds et fereux. Dans les variantes les plus extrêmes, nous trouvons les tendances suicidaires ou le flirt permanent avec le risque extrême, banalisé et nié dans une attitude d'arrogance, qui donnent lieu à des situations cliniques très difficiles.

On en déduit facilement que les adolescents *borderline* construisent leur image corporelle conformément aux deux dernières variantes citées, qui correspondent à leur équilibre narcissique insuffisant et aux oscillations de leur estime de soi. Mais leur expression, au travers de l'image et de la conduite corporelle, peut nous aider à aborder cette problématique sous-jacente qui, du fait de leurs difficultés de verbalisation et d'introspection, s'avère difficilement accessible.

INFLUENCES EXTERNES ET DIAGNOSTIC CLINIQUE • Le passage par l'adolescence a certaines caractéristiques générales qui se superposent et qui renforcent des aspects de fonctionnements propres à certains types de personnalité ou prévalents dans ces dernières, et qui peuvent induire des erreurs cliniques si l'on interprète des phénomènes passagers comme des éléments d'un diagnostic définitif. Notre expérience nous conseille de les considérer, en principe, comme des situations transitoires et d'attendre – pour confirmer un diagnostic de trouble de la personnalité – d'avoir observé plus longuement des « macroséquences » évolutives. Il arrive aussi que le caractère groupal et partagé de certaines attitudes et conduites ne nous permette pas d'établir facilement si certaines altérations sont « sociales » ou « pathologiques ».

En premier lieu, il convient d'évaluer avec soin certaines situations fréquentes qui rapprochent l'adolescent du fonctionnement *borderline* et nous entendons par là :

- les oscillations habituelles et normales du ton affectif et relationnel, qui peuvent avoir une intensité et une durée particulière ;

- sa tendance naturelle à la discontinuité, à l'inconstance et à la volubilité, qui conditionne des changements permanents, des interruptions injustifiées, des enthousiasmes éphémères et des « déprimés inexplicables » ;
- les doutes et la confusion à l'égard de sa nouvelle identité.
- la facilité avec laquelle il déforme, pour des raisons émotionnelles et affectives, ou plus encore parce qu'il consomme des substances toxiques, son critère de réalité.

Ces situations incluent des épisodes et des manifestations normales, quoique inattendues et parfois inquiétantes, telles que omnipotence, omnipotence et idéalisation de la pensée, oscillations entre dévalorisation et euphorie hypomaniaque, désirs et craintes de relations de dépendance fusionnelle, réactions d'hypersensibilité à l'abandon, tendances dysmorphiques et sensibilité autoreférentielles, oscillations entre périodes d'hyperactivité et d'indolence, tendance à la plainte hypocondriaque régressive.

Si, d'une part, l'adolescent normal présente ce type de manifestations « quasi *borderline* », le véritable *borderline*, quant à lui, qui entre dans l'adolescence avec son identité inconsistante et son instabilité émotionnelle et relationnelle particulière, est poussé à mimer, à copier et à se soumettre aux clichés habituels des groupes d'adolescents dans lesquels il essaie généralement d'entrer sans consolider pour autant une appartenance stable à ceux-ci.

D'autre part, la facilité avec laquelle ils attrapent les *tendances* et *conduites psychopathiformes* ou *psychopathisantes* des groupes d'adolescents est particulièrement étonnante. J'en signale certaines qui se propagent facilement, à cause de la tendance naturelle de tout adolescent au respect et à la fidélité aux lois et aux habitudes de son groupe ; il a en effet besoin de cette syntonie incontestable pour réaffirmer sa « néo-identité » groupale :

- contagion du ton hypomaniaque et mégalomane : « y'a personne comme nous, tout les autres sont des pauvres cons » ;
- tendance partagée à l'obtention d'une gratification immédiate (avidité orale) et à l'exigence violente (sadisme anal) : « qu'il nous le refilent tout de suite, et sinon ils vont en prendre plein la gueule » ;
- dilution de la responsabilité et de la faute individuelle dans l'anonymat collectif protecteur : « on l'a fait entre tous » ;
- déculpabilisation et conflitualité de l'arrogance : « je fais ce qu'ils feraient tous s'ils n'étaient pas cons ou s'ils n'avaient pas les boules ».

En troisième lieu, il faut évaluer les aspects cliniques dérivés de la *nécessité intense d'auto-affirmation narcissique* de l'adolescent, qui soulève des doutes cliniques parce que l'exacerbation de l'hypersensibilité envers l'autre et envers sa propre image nous oblige à le différencier d'un véritable trouble narcissique de la personnalité. Nous évoquerons ces tendances naturelles chez l'adolescent, et nous en étudierons également l'imitation ou la consolidation chez le *borderline* :

- fragilité-hypersensibilité et dépendance de l'opinion et du regard de l'autre ;
- tendance à l'égoïsme et à l'autoréférence ;
- attitudes arrogantes et besoin de construire un idéal de moi (auto-image) grandiose ;
- attitudes de mépris, surtout envers les parents et autres adultes ;
- réactions de fanfaronnerie, orgueil et prestance (fixation sur narcissisme phallique) ;
- décharges de sadisme et d'autoritarisme (fixation sur le narcissisme anal) ;
- hypocondrie régressive accaparante.

Approches et problèmes thérapeutiques

Paramètres psychopathologiques

Je vais tenter de résumer les « axes » sur lesquels nous fondons notre observation clinique et qui sont, par ailleurs les « thèmes » autour desquels s'organise l'intervention psychothérapeutique (individuelle ou partagée en équipe, avec des interventions psycho-éducatives complémentaires : rééducation psychomotrice et du langage, pédagogie relationnelle individualisée, etc.).

Ils résultent tous des mécanismes psychopathologiques que nous avons détaillés plus haut et qui doivent, en tant que tels, être classés selon :

- leur tendance répétitive ;
- l'incapacité de l'enfant à les modifier sans aide externe ;
- leur effet amputant sur les capacités potentielles de l'enfant ;
- leur répercussion constante et de plus en plus irréversible sur le développement psychique.

Toute variation de ces mécanismes, qu'elle soit positive ou négative, constitue donc un critère d'évaluation et de pronostic et un guide pour l'intervention thérapeutique.

Comme nous pouvons le constater, ils ont tous une double particularité :

- ils sont présents dans le fonctionnement limite, mais aussi ; et plus ou moins intensément, chez de nombreux autres enfants hyperactifs, pour ne pas dire chez tous ;
- ils conditionnent toute tentative de relation qui, de plus, est indispensable dès lors que l'on veut tenter de les modifier.

Défenses maniaques

Celles-ci se manifestent par une attitude qui entrave toute éventuelle intervention relationnelle et dont les éléments fondamentaux sont les suivants :

- comme le mécanisme antidépresseur qu'elles sont, elles essaient de combattre un sentiment de dévalorisation qui les mène à ne reconnaître aucun besoin d'aide, de peur, en grande partie, d'éventuels nouveaux échecs ;
- toute tentative thérapeutique se heurte à leur tendance générale à nier leurs propres difficultés et à se lancer dans des tâches difficiles ;
- les projections accusatoires constantes et les idées et sensations d'autoréférence qui vont de pair, « confirmées » par des expériences d'échec précédentes, s'opposent activement à une relation thérapeutique fondée sur la confiance.

La position du thérapeute est d'insister sur sa volonté d'aider, en surmontant les difficultés contre-transférentielles inévitables que cette attitude maniaque de l'enfant entraîne (rejet, mépris, « indifférence » et « désintérêt »). En contrepartie, le point essentiel sur lequel se fondent les possibilités thérapeutiques est le besoin désespéré de l'enfant de s'afférer à une relation stable sur laquelle il pourra s'appuyer « pour tout ».

Difficultés d'intégration corporelle et d'organisation motrice

La maladie motrice et l'impairité sont les manifestations visibles du manque de « peau psychique », de son incapacité à se contenir et à supporter l'attente.

La régulation de rythmes, de séquences, de limites, est une tâche fondamentale au cours de laquelle ils doivent expérimenter le passage de l'incapacité à l'exercice et à la réussite, progressive, au

prix d'efforts, du contrôle corporel, et le développement croissant dans le dosage et la mesure des pulsions motrices.

Ils doivent également transformer la prédominance de l'évacuation émotionnelle et de l'impulsivité motrice en une canalisation pulsionnelle.

Tout cela nous mène, dans notre expérience clinique, à préférer – surtout comme activité préparatoire à des interventions plus centrées sur l'élaboration psychique, qui, au début, lui sont plus difficiles – des techniques fondées sur des thérapies psychomotrices permettant des abords plus ludiques, mieux supportés, puis l'inclusion graduelle d'éléments permettant un travail d'introspection (commentaires « sur le jeu », saynètes représentées à l'occasion de jeux de rôles, tolérance des difficultés et maladrotes partagées, etc.).

Vulnérabilité narcissique

Le déficit de la capacité de s'enthousiasmer pour de nouvelles tâches est la règle chez ces enfants dont l'historique est fait d'échecs réitérés. Confrontés à de nouvelles propositions, ils ont tendance à les éviter par des attitudes et des tactiques diverses, plutôt que de s'y aventurer et de risquer un nouvel échec.

La conséquence, parce que l'on apprend à bien faire en faisant mal d'abord et moins mal après, c'est que le renoncement à la pratique et à l'effort les condamne à la chronicisation de leurs limites instrumentales et de leurs carences cognitives et de l'apprentissage.

Leur dépendance anacritique particulière et leur instabilité affective font que leur oscillation entre le contrôle et la recherche permanente de l'autre et la rupture, la déception et la perte d'intérêt brusque face à toute approche faillie situe toute tentative thérapeutique ou éducative au bord de la rupture et de l'abandon.

Par conséquent, tout projet thérapeutique, en soi difficile, exige un travail de coordination particulier, garantissant la continuité des soins dispensés par des professionnels prêts à collaborer dans chaque cas à des projets individualisés et toujours longs. Il est important de dire que si l'on ne peut pas garantir les ressources minimales indispensables, il est préférable de ne pas s'embarquer dans des promesses thérapeutiques illusoirs qui apportent forcément leur lot de déceptions et de ruptures compliquées. Nous insisterons également, pour éviter un négativisme qui nous condamnerait à l'inactivité, sur le fait qu'il faut distinguer entre les difficultés que présentent ces traitements, et l'impossibilité de les mettre en œuvre.

Faillies dans la capacité de s'autotranquilliser

Résultat des carences dans l'interiorisation de mécanismes, intrapsychiques, de régulation émotionnelle et de canalisation pulsionnelle – conséquence des fractures relationnelles précoces et des caractéristiques tempéramentales corrélatives –, il faut aborder et résoudre :

- l'incapacité à jouir d'un espace imaginaire et à pouvoir réaliser les opérations mentales agréables ;
- l'impossibilité d'attendre la satisfaction, précisément parce que l'activité mentale qui permet de la différer leur est désagréable ;
- la tendance substitutive à se calmer par épuisement physique, en « comblant » par de l'hyperactivité le malaise ou le vide que produit l'effort mental.

Cadre général du traitement

S'il s'agit, comme nous le croyons, d'essayer de modifier un fonctionnement organisé durant des années, qui est, de plus,

la conséquence et la cause d'interactions perturbées et à la fois pathogènes, il devient indispensable, pour intervenir sur ces dernières, d'aider thérapeutiquement l'enfant – d'une manière intensive, prolongée et, si possible, précoce – et sa famille. Par ailleurs, il est souvent nécessaire de se coordonner aussi avec d'autres professionnels, en particulier avec les milieux scolaires.

Sachant que cet abord provoque souvent une réaction critique immédiate le taxant d'« utopique » à cause des ressources et des coûts qu'il implique, il faut répondre qu'il est le seul possible si nous voulons être efficaces et éviter les coûts (psychiques et économiques ; personnels, familiaux et sociaux) associés à un trouble chronicisé ayant des conséquences si sérieuses.

Cet abordage thérapeutique multiple peut se faire, et c'est souvent le cas, en ambulatoire.

Quand la conjonction de l'assistance le permet, les différents dispositifs de type hospitalier ou centre de jour sont d'une grande aide – et souvent indispensables – parce qu'ils facilitent la confluence et la coordination, sous un même toit et dans un projet partagé en équipe, des abords thérapeutiques professionnels multiples qui doivent être organisés – « dose », spécificité et moment – en projets individualisés pour chaque enfant.

Il n'est pas rare qu'un dispositif d'hospitalisation pour crises aiguës, dans un milieu ayant l'expérience et les moyens spécifiques de la psychiatrie infantile, soit indispensable dans certaines situations d'urgence : tentative ou risque de suicide, agitation permanente, débordement scolaire et familial massif, carence de structure et de contention familiale minimale.

Le recours aux médicaments psychotropes mérite quelques commentaires. Tout d'abord, nous n'avons malheureusement pas de médicaments curatifs ou ayant des effets spécifiques sur les altérations de la personnalité limite. Un abord exclusivement pharmacologique est par conséquent insuffisant, et la prescription de médicaments psychotropes doit se faire dans le cadre d'un projet thérapeutique plus vaste.

L'utilisation des médicaments psychotropes habituels (en particulier certains anxiolytiques et antipsychotiques atypiques et certains antidépresseurs) ont de bons effets symptomatiques dans des situations fréquentes : crises ou périodes d'anxiété intense, épisodes de confusion et anxiété psychotique, inhibition dépressive, ruminations obsessionnelles et mélancoliques ou de persécution particulièrement invasives.

Concernant les effets du méthylphénidate, utile comme chacun sait dans d'autres types d'hyperactivité, il n'a pas, d'après notre expérience, d'effets favorables sur l'hyperactivité des enfants à personnalité limite, particulièrement sensibles à ses effets excitants et euphorisants.

Notre pratique dans les centres de jour nous a appris que les appréciations des familles concernant les effets du médicament et l'exactitude de leurs informations sur les doses et les prises sont habituellement éloignées de la réalité. Cela n'est pas qu'ils cachent sciemment ou qu'ils mentent, chose rare ; il s'agit d'appréciations subjectives, très déformées par l'anxiété du moment, par l'idée qu'ils se font de ce qu'est un médicament psychotrope ou un trouble mental, ou par l'influence qu'a sur eux une autre opinion non professionnelle, en particulier médiatique ou de la famille. D'autres adultes, professionnels ou pas, lorsqu'ils sont directement affectés par les « turbulences » de ces enfants, n'hésitent pas non plus à émettre des jugements, des opinions ou des (dés-) informations, nous incitant à changer doses et médicaments, interventions peu fondées si l'on évalue les choses plus objectivement.

Si cette pratique et l'adoption de décisions correctes paraissent simple, dans les faits, il est très compliqué que l'enfant, la famille et les professionnels fassent confiance à l'efficacité et à la justesse de l'ordonnance, ce qui exige sécurité, fiabilité et expérience de la part de la personne qui fait la prescription.

Quoi qu'il en soit, l'efficacité, l'acceptation, la crédibilité et le respect du traitement pharmacologique sont toujours facilités et améliorés s'ils sont accompagnés d'autres interventions thérapeutiques adéquates.

Psychothérapie

CONDITIONS DE BASE • La psychothérapie requiert des exigences préalables minimales sans lesquelles sa viabilité est très compliquée, voire impossible. La première est une ambiance familiale suffisamment structurée pour accompagner et soutenir l'enfant et collaborer au traitement avec les professionnels ou, du moins, ne pas s'opposer, activement ou passivement, à leurs propositions.

Cette prédisposition favorable de la famille permet le développement d'une autre exigence indispensable. La famille doit en effet être régulièrement informée des difficultés de l'enfant, des objectifs et des changements que l'on peut attendre de la psychothérapie et de ses progrès ou pécunements.

Notre expérience nous a montré que l'adoption de mesures thérapeutiques visant spécifiquement les familles est possible et nécessaire, mais elle exige fréquemment toute une série d'actions de mesures préalables. Les informer et les intéresser au traitement de leur enfant peut, entre autres, être l'une des plus utiles (avec l'aide directe à la solution de problèmes quotidiens : difficultés bureaucratiques ou d'adaptation sociale de la famille, solution des problèmes de scolarisation de l'enfant, etc.).

Le fait que l'enfant *borderline* vive fréquemment dans une ambiance familiale déstructurée est donc un obstacle sérieux à la prescription d'une psychothérapie. De notre point de vue, la seule possibilité est alors de disposer de moyens institutionnels qui permettent de combler les carences de contention et d'élaboration de ces familles qui, si les choses vont bien, bénéficient aussi du support institutionnel qu'elles chargent de répondre à bon nombre de leurs propres besoins.

Quant au cadre du *travail psychothérapeutique avec l'enfant*, celui-ci exige un minimum d'intensité et de continuité. Pour atteindre des changements significatifs et stables, une fréquence minimale de deux ou trois séances hebdomadaires pendant 1 à 2 ans nous semble nécessaire. Les caractéristiques plus ou moins favorables de la famille et du milieu scolaire ainsi que l'expérience et la continuité de l'équipe thérapeutique ont de fortes répercussions sur l'efficacité et le développement du traitement et, de ce fait, sur sa durée et son dénouement.

Quant à l'âge le plus approprié, il est facile de déduire que notre mode de compréhension et notre expérience nous portent à penser qu'elle doit commencer au plus tôt, après la confirmation du fonctionnement limite par les éléments cliniques, ce qui se produit, dans les cas les plus graves, dès 5-7 ans. Cet âge apparemment « jeune » ne doit pas inciter à l'attente, mais au contraire à une intervention intensive car l'expérience a prouvé que ces enfants ne s'améliorent pas spontanément et que l'implication scolaire la mieux intentionnée n'a pas d'effets thérapeutiques directs. Ce sont précisément les cas graves traités tôt et intensivement qui s'améliorent de la manière la plus spectaculaire.

Une fois entreprise, l'une des plus grandes difficultés techniques de cette psychothérapie est le recours défensif et répétitif au jeu, exclusivement utilisé comme voie d'échappement de l'excitation et non comme un moyen d'élaboration et de verbalisation. Une autre difficulté est de réussir à contenir et à canaliser la tendance à l'impulsion, sexuelle et agressive.

La tendance de l'enfant à la scission et à la fragmentation, dans tout ce qu'il fait et exprime, est une autre grande difficulté car elle empêche une vision conjointe et partagée de la globalité de son fonctionnement par les différents professionnels et par la famille qui voient et vivent, chacun, avec un enfant différent. Aussi la mise en commun d'informations partielles et éparées est-elle indispensable lors de réunions de l'équipe thérapeutique et éducative avec la famille.

OBJECTIFS ET PARAMÈTRES SPÉCIFIQUES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

• Dans l'enchevêtrement des thématiques, des fantasmes et des conduites qui se déclenchent – fréquemment d'une façon désordonnée, chaotique et productive –, il est important d'avoir quelques « axes » ou « guides » qui servent de fil conducteur et nous permettent d'organiser notre compréhension et nos interventions. Grâce à eux, nous essayons de noter ce qui se passe et de l'analyser dans des espaces de réflexion et de supervision, en rétablissant la continuité des séquences de comportement observées chez l'enfant et leur correspondance et interrelation avec ces paramètres⁽¹⁰⁾, métapsychologiques et psychopathologiques, qui sont les suivants :

- mise au point des limites et des rôles générationnels et sexuels, en essayant de mener l'enfant, de la perception déformée qu'il a de la réalité à une perception plus objective de ses parents et des adultes, de ce qui les différencie entre eux et par rapport à lui ;
- verbalisation et différenciation de ses propres sentiments et de ceux des autres, acceptation de ses limites et de celles de ses parents, capacité à supporter et à nommer les défaillances de base de son entourage ;
- neutralisation des mécanismes de scission et progression dans l'intégration d'aspects niés et/ou non exprimables ou fragmentés en expressions éparées et décousues (ce qui exige un travail d'équipe destiné à partager et à intégrer continuellement des informations partielles, souvent rejetées, malgré leur importance, à cause de leur caractère fragmentaire ou parce que l'interlocuteur élu ne semble pas important) ;
- consolidation et évolution de l'intégration de ses différents composants dans le surmoi : flexibilisation, partant des aspects normatifs sadiques et rigides (surmoi harcelateur et punitif) vers l'inclusion progressive dans un surmoi protecteur⁽¹¹⁾ d'ambivalence, de tolérance et, dans le meilleur des cas, d'ironie et d'humour (capacité de plaisanter de ses défauts et de ceux des autres) ;
- progression dans les relations avec ses camarades et, en particulier, compréhension et respects des règles du jeu (jeux sociaux) et exercice de la tolérance dans la compétition (accepter et tolérer supériorité et infériorité) ;
- résolution de conflits pré-œdipiens : fusion et confusion dans des relations non différenciées ; réactions de panique face

(10) Qui s'inspirent de la compréhension psychopathologique développée par R. Mises et reprennent également les propositions de P.F. Kernberg [240, 245].

(11) Conformément à sa double fonction et nature, d'après la description classique de Nunberg qui se différencie par le passage de la menace qui sanctionne ce qui a été mal fait à la suggestion de ce qu'il convient de faire et du plaisir que l'on en obtient.

à toute menace de changement réel ou fantasmé ; ajustement d'images parentales et d'autres adultes, grotesques et exagérément menaçantes ;

- atténuation de l'anxiété catastrophique : menace contre l'intégrité corporelle et mentale, fantasmes de destruction, maladie et folie ;

- compréhension et élaboration des tendances à la somatisation et à la verbalisation de désirs et de craintes relationnelles sous-jacentes ;

- différenciation, nuance et atténuation des différents types d'impulsivité et d'agressivité (ceux qui dérivent en particulier de la défense face aux angoisses et aux limites du fonctionnement-échec du moi et de sentiments projectifs de menaces « extérieures » à son identité) ;

- capacité à percevoir et à verbaliser comme siens des sentiments opposés (accès à l'ambivalence).

Conclusion

Le noyau des symptômes du TDAH (inattention, impulsivité, hyperactivité) peut provoquer des altérations fonctionnelles, tant au niveau intrapsychique que dans différents domaines du fonctionnement psychosocial, comme l'école, les relations avec les parents, la fratrie et les camarades.

Les symptômes du TDAH sont à considérer comme dimensionnels dès lors qu'ils ne sont pas, en tant que tels, spécifiques du syndrome, mais qu'ils peuvent se présenter dans différents cadres psychopathologiques, en diagnostic différentiel ou en co-morbidité.

Dans une perspective multidimensionnelle, des approches cliniques qui soient capables d'assurer une définition diagnostique correcte sont donc nécessaires afin de pouvoir penser et mettre en œuvre le traitement le plus efficace.

Un diagnostic le plus précoce et opportun possible est fondamental car les conséquences à l'adolescence et à l'âge adulte d'un TDAH non soigné peuvent être considérables en termes d'adaptation sociale et d'autoréalisation.

Il faut donc que la thérapie pour le TDAH soit fondée sur une approche multimodale qui associe des interventions psychothérapeutiques et psychosociales à des thérapies médicales, si nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

Aspects psychobiologiques et gestion clinique

- ACHENBACH T. Manual for the child behaviour checklist, 4-18 and 1991 profile. Burlington, University of Vermont, 1991, 288 pages.
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. Practice parameters for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Psy*, 2002, 41 (Suppl. 2) : 26-49.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4^e ed., text revised. Washington, American Psychiatric Association, 2000, 943 pages.
- ANGOLD A, COSTELLO EJ, FARMER EM et al. Impaired but undiagnosed. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999, 38 : 129-137.
- ANNEY RJ, LASKY-SU J, O'DUSHLAINE C et al. Conduct disorder and ADHD : evaluation of conduct problems as a categorical and quantitative trait in the international multicentre ADHD genetics study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 2008, 147B : 1369-1378.
- ANTROP I, ROEYERS H, VAN OOST P, BUIJSSE A. Stimulation seeking and hyperactivity in children with ADHD. Attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 2000, 41 : 225-231.
- ANTSHEL KM, REMER R. Social skills in children with attention deficit hyperactivity disorder : a randomized-controlled clinical trial. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2003, 32 : 153-165.
- ARNSTEN A. FT stimulants : therapeutic actions in ADHD. *Neuropsychopharmacology*, 2006, 31 : 2376-2383.
- ASHERSON P, KUNTZ J, TAYLOR E. Unravelling the complexity of attention-deficit hyperactivity disorder : a behavioral genomic approach. *Br J Psychiatry*, 2005, 187 : 103-105.
- BANASCHIEWSKI T, COGHILL D, SANTOSH P et al. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2006, 5 : 476-495.
- BANASCHIEWSKI T, NEALE BM, ROTHENBERGER A, ROESSNER V. Comorbidity of tic disorders & ADHD conceptual and methodological considerations. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2007, 16 (Suppl. 1) : 1/5-1/14.
- BESANA D, BONATI M, CALZONE C et al. Conferenza nazionale di consenso indicazioni e strategie terapeutiche per i bambini e gli adolescenti con disturbo da deficit attentivo e iperattività, Cagliari, 6-7 Marzo 2003 (<http://www.aifa.it/consensus-italiana.htm>).
- BARKLEY RA. The nature of ADHD. In : *Ra Barkley. Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York, The Guilford Press, 1990 : 3-39.
- BARKLEY RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions : constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*, 1997, 121 : 65-94.
- BARKLEY RA, COOK EH, DULCAN M et al. International consensus statement on ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2002, 5 : 89-111.
- BARKLEY RA. Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment, 3^e ed. New York, The Guilford Press, 2006, 736 pages.
- BEN AMOR L, GRIZENKO N, SCHWARTZ G et al. Perinatal complications in children with attention-deficit hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *J Psychiatry Neurosci*, 2005, 30 : 120-126.
- BHUTTA AT, CLEVES MA, CASE PH. et al. Cognitive and behavioral outcome of school-aged children who were born preterm : a meta-analysis. *JAMA*, 2002, 288 : 728-737.
- BIRD HR, DAVIES MD, FISHER P et al. How specific is specific impairment ? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000, 39 : 1182-1189.
- BIDWELL LC, WILLIAMS EG, DEFRIES JC, PENNINGTON BF. Testing for neuropsychological endophenotypes in siblings discordant for attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 2007, 62 : 991-998.
- BIEDERMAN J, MICK E, FARAONE SV. Depression in attention deficit hyperactivity disorder : "true" depression or demoralization ? *J Affect Disord*, 1998, 47 : 113-122.
- BIEDERMAN J, MICK E, SPENCER TJ et al. Therapeutic dilemmas in the pharmacotherapy of bipolar depression in the young. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2000, 10 : 185-192.
- BRASSETT-HARNNETT A, BUTLER N. Attention-deficit/ hyperactivity disorder : an overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and life course outcomes for men and women. *Clin Psychol Rev*, 2007, 27 : 188-210.
- BRAUN JM, KAHN RS, FROELICH T et al. Exposures to environmental toxicants and attention deficit hyperactivity disorder in U.S. children. *Environ. Health Perspect*, 2006, 114 : 1904-1909.
- BUITELAAR JK, BARTON J, DANCKAERTS M et al. A comparison of North American versus non-North American ADHD study populations. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2006, 15 : 177-181.

26. BURT SA, KRUEGER RF, MCGUE M, IACONO W. Parent-child conflict and the comorbidity among childhood externalizing disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 2003, **60**: 505-513.
27. BYMASTER FP, KATNER JS, NELSON DL et al. Atomoxetine increases extracellular levels of norepinephrine and dopamine in prefrontal cortex of rat : a potential mechanism for efficacy in attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacol*, 2002, **27**: 699-711.
28. CARLSON GA, LONEY J, SALISBURY H et al. Stimulant treatment in young boys with symptoms suggesting childhood mania : a report from a longitudinal study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2000, **10**: 175-184.
29. CASEY BJ, EPSTEIN JN, BUHLE J et al. Frontostriatal connectivity and its role in cognitive control in parent-child dyads with ADHD. *Am J Psychiatry*, 2007, **164**: 1729-1736.
30. CASTELLANOS FX, LEE PP, SHARP W et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 2002, **288**: 1740-1748.
31. CASTELLANOS FX, TANNOCK R. Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder : the search for endophenotypes. *Nat Rev Neurosci*, 2002, **3**: 617-628.
32. CASTELLANOS FX, SONUGA-BARKE EJS et al. Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends Cogn Sci*, 2006, **10**: 117-123.
33. CHIARENZA GA, BIANCHI E, MARZOCCHI GM. SINPIA : linee guida ADHD : intervento terapeutico cognitivo-comportamentale, 2004 (http://www.aifa.it/documenti/SINPIA-LineeGuidaII_TCC.pdf).
34. COGHILL D, SPIEL G, BALDURSSON G et al. Which factors impact on clinician-rated impairment in children with ADHD ? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2006, **15** (Suppl. 1): 1/30-1/37.
35. COLLISHAW S, MAUGHAN B, GOODMAN R, PICKLES A. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol*, 2004, **45**: 1350-1362.
36. COMINGS DE, COMINGS BG. Tourette syndrome and attention deficit disorder with hyperactivity : are they genetically related ? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1984, **23**: 138-146.
37. CONNERS CK. Conners' rating scales-revised. Technical manual. Toronto, Multi-Health System, 1997.
38. CORMIER E. Attention deficit/hyperactivity disorder : a review and update. *J Pediatr Nurs*, 2008, **23**: 345-357.
39. CORNOLDI C, DE MEO T, OFFREDI F, VIO C. Iperattività e autoregolazione cognitiva. Cosa può fare la scuola per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Trento, Erickson, 2001, 192 pages.
40. COSTELLO EJ, ANGOLD A, KEELER GP. Adolescent outcomes of childhood disorders : the consequences of severity and impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999, **38**: 121-128.
41. COSTELLO EJ, MUSTILLO S, ERKANLI A et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatr*, 2003, **60**: 837-844.
42. DE NIJIS PF, FERDINAND RF, VERHULST F. No hyperactive-impulsive subtype in teacher rated attentions-deficit hyperactivity problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2007, **16**: 25-32.
43. DEWEY D, KAPLAN BJ, CRAWFORD SG, WILSON BN. Developmental coordination disorder : associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. *Hum Movement Sci*, 2002, **21**: 905-918.
44. DICKSTEIN SG, BANNON K, CASTELLANOS FX, MILHAM MP. The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder : an ALE meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*, 2006, **47**: 1051-1062.
45. DULCAN M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, **36**: 855-1215.
46. DUPAUL GJ, BARKLEY RA, ANASTOPOULOS AD, REID R. ADHD rating scale-IV. Checklist, norms and clinical interpretation. New York, The Guilford Press, 1998, 80 pages.
47. DURSTON S, MULDER M, CASEY BJ et al. Activation in ventral prefrontal cortex is sensitive to genetic vulnerability for attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2006, **60**: 1067-1070.
48. DURSTON S. Converging methods in studying attention-deficit/hyperactivity disorder : what can we learn from neuroimaging and genetics ? *Dev Psychopathol*, 2008, **20**: 1133-1143.
49. EIRALDI RB, POWER TJ, NEZU CM. Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention deficit/hyperactivity disorder among 6 to 12 year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, **36**: 503-514.
50. ELLISON-WRIGHT I, ELLISON-WRIGHT Z, BULLMORE E. Structural brain change in attention deficit hyperactivity disorder identified by meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 2008, **8**: 51-58.
51. EPSTEIN JN, CASEY BJ, TONEY ST et al. ADHD and medication-related brain activation effects in concordantly affected parent-child dyads with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 2007, **48**: 899-913.
52. ESCOBAR R, HERVAS A, SOUTULLO C et al. Attention deficit/hyperactivity disorder : burden of the disease according to subtypes in recently diagnosed children. *Actas Esp Psiquiatr*, 2008, **36**: 285-294.
53. FARAONE SV, BIEDERMAN J, WEBER W, RUSSELL RL. Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention deficit/hyperactivity disorder : results from a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998, **37**: 185-193.
54. FARAONE SV, SERGEANT J, GILLBERG C, BIEDERMAN J. The worldwide prevalence of ADHD : is it an American condition ? *World Psychiatry*, 2003, **2**: 104-113.
55. FARAONE SV, PERLIS RH, DOYLE AE et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 2005, **57**: 1313-1323.
56. FARAONE SV, DOYLE AE, LASKY-SU J et al. Linkage analysis of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*, 2008, **147**: 1387-1391.
57. FARMER EM, COMPTON SN, BUMS BJ, ROBERTSON E. Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology : externalizing disorders. *J Consult Clin Psychol*, 2002, **70**: 1267-1302.
58. FINDLING RL, FRAZIER JA, KAFANTARIS V et al. The Collaborative Lithium Trials (CoLT) : specific aims, methods, and implementation. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2008, **2**: 21-34.
59. FLIERS E, VERMEULEN S, RIJSDIJK F et al. ADHD and poor motor performance from a family genetic perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2009, **48**: 25-34.
60. FONAGY P, TARGET M. The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1994, **33**: 45-55.
61. FRANK MJ, SANTAMARIA A, O'REILLY RC, WILLCUTT E. Testing computational models of dopamine and noradrenaline dysfunction in attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacol*, 2007, **32**: 1583-1599.
62. FRIEDMAN MC, CHABILDAS N, BUDHIRAJA N et al. Etiology of the comorbidity between RD and ADHD : exploration of the non random mating hypothesis. *Am J Hum Genet*, 2003, **120B**: 109-115.
63. GADOW KD, NOLAN EE, SVEDK J et al. Anxiety and depression symptoms and response to methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder and tic disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 2002, **22**: 267-274.
64. GALANTER CA, CARLSON GA, JENSEN PS et al. Response to methylphenidate in children with ADHD and manic symptoms in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder titration trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2003, **13**: 123-136.
65. GALANTER CA, LEIBENLUFT E. Frontiers between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin North Am*, 2008, **17**: 325-346.

66. GAUB M, CARLSON CL. Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *J Abnorm Child Psychol*, 1997, 25 : 103-111.
67. GELLER DA, BIEDERMAN J, GRIFFIN S et al. Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996, 35 : 1637-1646.
68. GELLER B, ZIMMERMAN B, WILLIAMS M et al. DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar phenotype compared to attention deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2002, 12 : 11-25.
69. GEURTS HM, VERTE S, OOSTERLAAN J et al. ADHD subtypes: do they differ in their executive functioning profile? *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2005, 20 : 457-477.
70. GILMORE K. A psychoanalytic perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Psychoanal Assoc*, 2000, 48 : 1259-1293.
71. GILLBERG C. Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. *Arch Dis Child*, 2003, 88 : 904-910.
72. GILLBERG C, GILLBERG IC, RASMUSSEN P et al. Co-existing disorders in ADHD: implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psy*, 2004, 13 (*Suppl. 1*) : 80-92.
73. GOODMAN DW. The consequences of attention deficit/hyperactivity in adults. *J Psychiatr Pract*, 2007, 13 : 318-327.
74. GOTTESMAN II, GOULD TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry*, 2003, 160 : 636-645.
75. GRAETZ BW, SAWYER MG, HAZELL PL et al. Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001, 40 : 1410-1417.
76. GUY W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. US Department of Health, Education, and Welfare publication ADM. Rockville, National Institute for Mental Health, 1976 : 217-222.
77. HALE TS, BOOKHEIMER S, MCGOUGH JJ et al. Atypical brain activation during simple and complex levels of processing in adult ADHD: an fMRI study. *J Atten Disord*, 2007, 11 : 125-140.
78. HANNA GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995, 34 : 19-27.
79. HART EL, LAHEY BB, LOEBER R et al. Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol*, 1995, 23 : 729-749.
80. HENIKOFF S, MATZKE MA. Exploring and explaining epigenetic effects. *Trends Genet*, 1997, 13 : 293-295.
81. HEPTINSTALL E, TAYLOR E. Sex differences and their significance. In : S Sandberg. *Hyperactivity and attention disorder of childhood*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002, 518 pages.
82. HILL P, TAYLOR E. An auditable protocol for treating attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Dis Child*, 2001, 84 : 404-409.
83. ICKOWICZ A, SCHACHAR RJ, SUGARMAN R et al. The parent interview for child symptoms : a situation-specific clinical research interview for attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Can J Psychiatry*, 2006, 50 : 325-328.
84. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ E SANITÀ ITALIANA DEL FARMACO (ISS). Protocollo diagnostico e terapeutico della sindrome da iperattività e deficit di attenzione per il registro nazionale ADHD. 24 aprile 2007 (http://www.iss.it/binary/adhd/content/Protocollo_p10020diagnostico_p10020ADHD_p10020020507.1178184452.pdf).
85. JARRET MA, OLLENDICK TH. A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: implications for future research and practice. *Clin Psychol Rev*, 2008, 28 : 1266-1280.
86. JENSEN PS, MARTIN D, CANTWELL DP. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, 36 : 1065-1079.
87. JENSEN PS, HINSHAW SP, SWANSON JM et al. Findings from the NIMH multi-modal treatment study (MTA): implications and applications for primary care providers. *J Dev Behav Pediatr*, 2001, 22 : 60-73.
88. JENSEN PS, ARNOLD LE, SWANSON JM et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007, 46 : 989-1002.
89. JERRY L, RUSHTON JL, KATHRYN E et al. Use of practice guidelines in the primary care of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 2004, 114 : 23-28.
90. KADESJO B, GILLBERG C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol. Psychiatr*, 2001, 42 : 487-492.
91. KAGAN J, ROSMAN B, DAY D et al. Information processing in the child: significance on analytic and reflective attitudes. *Psychol Monogr*, 1964, 78 : 1-37.
92. KAUFMAN J, BIRMAHER B, BRENT D et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, 36 : 980-988.
93. KENT L, CRADDOCK N. Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *J Affect Disorders*, 2003, 73 : 211-221.
94. KERESZTURI E, TARNOK Z, BOGNAR E et al. Catechol-O-methyltransferase Val158Met polymorphism is associated with methylphenidate response in ADHD children. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*, 2008, 147 : 1431-1435.
95. KRAEMER HC, WILSON GT, FAIRBURN CG, AGARAS WS. Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Arch Gen Psychiatry*, 2002, 59 : 877-883.
96. KREPPNER JM, O'CONNOR TG, RUTTER M. Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *J Abnorm Child Psychol*, 2001, 29 : 513-528.
97. KOVACS M. The Children's depression inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull*, 1985, 21 : 995-998.
98. KOVACS M. Children's depression inventory manual. North Tonawanda, Multi-Health Systems, 1992, 150 pages.
99. KRATOCHVIL CJ, NEWCORN JH, ARNOLD LE et al. Atomoxetine alone or combined with fluoxetine for treating ADHD with comorbid depressive or anxiety symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2005, 44 : 915-924.
100. LALONDE J, TURGAY A, HUDSON JL. Attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and comorbid disruptive behaviour disorders in a child and adolescent mental health clinic. *Can J Psychiatry*, 1998, 43 : 623-628; erratum in : *Can J Psychiatry*, 1998, 43 : 958.
101. LEE SI, SCHACHAR RJ, CHEN SX et al. Predictive validity of DSM-IV and ICD-10 criteria for ADHD and hyperkinetic disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 2008, 49 : 70-78.
102. LINNET KM, DALSGAARD S, OBEL C et al. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorders and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry*, 2003, 160 : 1028-1040.
103. LOEBER R, BURKE JD, LAHEY BB et al. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000, 39 : 1468-1484.
104. LOGAN GD, COWAN WB, DAVIS KA. On the ability to inhibit simple and choice reaction time responses: a model and a method. *J Exp Psychol Hum Percept Perform*, 1984, 10 : 276-291.
105. LUMAN M, OOSTERLAAN J, SERGEANT JA. The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: a review and theoretical appraisal. *Clin Psychol Rev*, 2005, 25 : 183-213.
106. LUO F, TIMLER GR. Narrative organization skills in children with attention deficit hyperactivity disorder and language impairment: application of the causal network model. *Clin Linguist Phon*, 2008, 22 : 25-46.
107. LYON GR, KRASNEGRO NA. Attention, memory, and executive function. Baltimore, Paul H. Brookes Publishing, 1995, 448 pages.
108. MACMAHON WM, CARTER AS, FREDINE N, PAULS DL. Children with familial risk for Tourette's disorder: child and parent diagnoses. *Am J Med Genet*, 2003, 121B : 105-111.

109. MANOR I, LAIBA E, EISENBERG J et al. Association between tryptophan hydroxylase 2, performance on a continuance performance test and response to methylphenidate in ADHD participants. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*, 2008, 147: 1501-1508.
110. MANSOURI FA, TANAKA K, BUCKLEY MJ. Conflict-induced behavioural adjustment : a clue to the executive functions of the prefrontal cortex. *Nat Rev Neurosci*, 2009, 10: 141-152.
111. MARCH JS. Multidimensional anxiety scale for children : technical manual. North Tonawanda, New York, Multi-Health Systems Inc, 1997, 170 pages.
112. MARTINUSSEN R, HAYDEN J, HOGG-JOHNSON S, TANNOCK R. A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2005, 44, 377-384
113. MASI G, TONI C, PERUGI G et al. Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. *Compr Psychiatry*, 2003, 44: 184-189.
114. MASI G, PERUGI G, TONI C et al. Attention-deficit hyperactivity disorder, bipolar comorbidity in children and adolescents. *Bipolar Disorder*, 2006, 8: 373-381.
115. MCCANN D, BARRETT A, COOPER A et al. Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community : a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *Lancet*, 2007, 370 : 1560-1567 ; erratum in : *Lancet*, 2007, 370 : 1542.
116. MICHELSON D, FAIRIES D, WERNICKE J et al. Atomoxetine ADHD study group. atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder : a randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics*, 2001, 108: e83-e92.
117. MILBERGER S, BIEDERMAN J, FARAONE SV et al. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children ? *Am J Psychiatry*. 1996. 153 : 1138-1142.
118. MILL J, PETRONIS A. Pre- and peri-natal environmental risks for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) : the potential role of epigenetic processes in mediating susceptibility. *J Child Psychol Psychiatry*, 2008, 49: 1020-1030.
119. MILLER T, LEGER MC. A very childish moral panic : ritalin. *J Med Humanit*, 2003, 24 : 9-13.
120. MILLICHAP JG. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 2007, 121 : c358-c365.
121. MORGAN AE, HYND GW, RICCIO CA, Hall J. Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types : relationship to previous DSM diagnoses/subtype differences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996, 35 : 325-333.
122. MOSTOFSKY SH, RIMRODT SL, SCHAFER JG et al. Atypical motor and sensory cortex activation in attention-deficit/hyperactivity disorder, a functional magnetic resonance imaging study of simple sequential finger tapping. *Biol Psychiatry*, 2006, 59 : 48-56.
123. MTA COOPERATIVE GROUP. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1999, 56 : 1073-1086.
124. MTA COOPERATIVE GROUP. Moderators and mediators of treatment response for children with attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1999, 56 : 1088-1096.
125. NANDA NJ. Endophenotypes in the genetic research of ADHD over the last decade : have they lived up to their expectations ? *Expert Rev Neurother*, 2008, 8 : 1425-1429.
126. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Guidance on the use of methylphenidate (ritalin, Equasym) for attention deficit hyperactivity disorder, 2000 (www.nice.org.uk).
127. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. Review of technology appraisal, 13 March 2006 (www.nice.org.uk).
128. NIGG JT, CASEY BJ. An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Dev Psychopathol*, 2005, 17 : 785-806.
129. OLLENDICK TH, JARRETT MA, GRILLS-TAQUECHEL AE et al. Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clin Psychol Rev*, 2008, 28 : 1447-1471.
130. OSTRANDER R, HERMAN KC. Potential cognitive, parenting and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. *J Consult Clin Psych*, 2006, 74 : 89-98.
131. OUTANG L, FANG X, MERCY J et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment : a population-based study. *J Pediatr*, 2008, 153 : 851-856.
132. PELHAM WE, WHEELER T, CHRONIS A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychol*, 1998, 27 : 190-205.
133. PELLER LMJ, FRANKENA K, TOORMAN J et al. A randomised controlled trial into the effects of food on ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2009, 18 : 12-19.
134. PETERSON BS, PINE DS, COHEN P, BROOK JS. Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001, 40 : 685-695.
135. PLISZKA SR. Patterns of comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*, 2000, 9 : 525-540.
136. PLICHTA MM, VASIC N, WOLF RC et al. Neural Hyporesponsiveness and hyperresponsiveness during immediate and delayed reward processing in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 2009, 65 : 7-14.
137. POETA LS, ROSA-NETO F. Motor assessment in school-aged children with indicators of the attention deficit/hyperactivity disorder. *Rev Neurol*, 2007, 44 : 146-149.
138. POLANCZYK G, DE LIMA MS, HORTA BL et al. The worldwide prevalence of ADHD : a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*, 2007, 164 : 942-948.
139. PREUSS U, RALSTON SJ, BALDURSSON G et al. ADORE study group design, baseline patient characteristics and intervention in a crosscultural framework : results from the ADORE study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2006, 15 (Suppl. 1) : 1/4-1/14.
140. PRINCE J. Catecholamine dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder. An update. *J Clin Psychopharmacol*, 2008, 28 : S39-S45.
141. RASMUSSEN P, GILLBERG C. The natural outcome of ADHD with DCD at 22 years. A controlled longitudinal community-based study of individuals first diagnosed at age 7 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000, 39 : 1424-1431.
142. RE AM, PEDRON M, CORNOLDI C. Expressive writing difficulties in children described as exhibiting ADHD symptoms. *J Learning Disabil*, 2007, 40 : 244-255.
143. ROHDE L, SZOBOT C, POLANCZYK G et al. Attention deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture : do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder ? *Biol Psychiatry*, 2005 57 : 1436-1445.
144. RHODES SM, COGHILL DR, Matthews K. Neuropsychological functioning in stimulant-naïve boys with hyperkinetic disorder. *Psychol Med*, 2005, 35 : 1109-1120.
145. ROMMELSE NN, ARIAS-VASQUEZ A, ALTINK ME et al. Neuropsychological endophenotypes approach to genome wide linkage analysis identifies susceptibility loci for ADHD on 2q21.1 and 13q12.1. *Am J Hum Genet*, 2008, 83 : 99-100.
146. ROOT RW, RESNICK RJ. An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Prof Psychol Res Rep*, 2003, 34 : 34-41.
147. RUBIA K, SMITH AB, BRAMMER MJ, TAYLOR E. Temporal lobe dysfunction in medication-naïve boys with attention-deficit/hyperactivity disorder during attention allocation and its relation to response variability. *Biol Psychiatry*, 2007, 62 : 999-1006.

148. RUBIA K, SMITH AB, HALARI R et al. Disorder-specific dissociation of orbitofrontal dysfunction in boys with pure conduct disorder during reward and ventrolateral prefrontal dysfunction in boys with pure ADHD during sustained attention. *Am J Psychiatry*, 2009, 166 : 83-94.
149. RUTTER M, MAUGHAN B, MEYER J et al. Heterogeneity of antisocial behavior : causes, continuities and consequences. In : DW Osgood. Motivation and delinquency. Lincoln, University of Nebraska Press, 1997 : 45-118.
150. SAGVOLDEN T, JOHANSEN EB, AASE H, RUSSELL VA. A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behav Brain Sci*, 2005, 28 : 397-419.
151. SALOMONSSON B. The impact of words on children with ADHD and DAMP. Consequences for psychoanalytic technique. *Int J Psychoanal*, 2006, 87 : 1029-1047.
152. SANDLER AD, BODFISH JW. Open-label use of placebos in the treatment of ADHD : a pilot study. *Child Care Health Dev*, 2008, 34 : 104-110.
153. SAX L, KAUTZ KJ. Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder ? *Ann Fam Med*, 2003, 1 : 171-174.
154. SANTOSH P, TAYLOR E, SWANSON J et al. Refining the diagnosis of inattention and overactivity syndromes : a reanalysis of the multimodal treatment study of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) based on ICD10 for hyperkinetic disorder. *Clin Neurosci Res*, 2005, 5 : 307-314.
155. SCHERES A, DIJKSTRA M, AINSLIE E et al. Temporal and probabilistic discounting of rewards in children and adolescents : effects of age and ADHD symptoms. *Neuropsychologia*, 2006, 44 : 2092-2103.
156. SEMRUD-CLIKEMAN M, BIEDERMAN J, SPRICH-BUCKMINSTER S et al. Comorbidity between ADHD and learning disability : a review and report in a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992, 31 : 439-448.
157. SERGEANT JA, GEURTS H, HUIJBREGTS S et al. The top and bottom of ADHD : a neuropsychological perspective. *Neurosci Biobehav Rev*, 2003, 27 : 583-592.
158. SERGEANT JA. Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder : a critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biol Psychiatry*, 2005, 57 : 1248-1255.
159. SHAFFER D, GOULD MS, BRASIS J et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*, 1983, 40 : 1228-1231.
160. SHALLICE T. Specific impairments of planning. *Philos. Trans. R. Soc. (London)*, 1982 : 199-209.
161. SHAYWITZ BA, FLETCHER JM, HOLAHAN JM, SHAYWITZ SE. Discrepancy compared to low achievement definitions of reading disability : results from the Connecticut longitudinal study. *J Learning Disabil*, 1992, 25 : 639-648.
162. SHAW P, ECKSTRAND K, SHARP W et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *PNAS*, 2007, 104 : 19649-19654.
163. SIMONOFF E, PICKLES A, MEYER JM et al. The Virginia twin study of adolescent behavioral development. Influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1997, 54 : 801-808.
164. SIMONOFF E. Mental capital and wellbeing : Making the most of ourselves in the 21st century state-of-science review : SR-D11 attention deficit hyperactivity disorders, 2008 (http://www.fore-sight.gov.uk/Mental%20Capital/SR-D11_MCW.pdf).
165. SINGH I. Beyond polemics : science and ethics of ADHD. *Nature Rev Neurosci*, 2008, 9 : 957-964.
166. SINPIA (SOCIETÀ ITALIANA DI NEURO PSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA). Linee guida per il disturbo da deficit attentivo con iperattività (ADHD) in età evolutiva. I : diagnosi farmacologica. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Eta' Evolutiva*, 2004, 29 (Suppl. 1) : 41-87 (la versione de 2002 est consultable à l'adresse suivante : http://www.iss.it/binary/adhd/cont/SINPIA_LgADHD.1116940207.pdf).
167. SOBANSKI E. Psychiatric comorbidity in adults with attention/deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2006, 256 (Suppl. 1) : i26-i31.
168. SONUGA BARKE EJ. The dual pathway model of AD/HD : an elaboration of neurodevelopmental characteristics. *Neurosci Biobehav Rev*, 2003, 27 : 593-604.
169. SONUGA-BARKE EJ. Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder : from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biol Psychiatry*, 2005, 57 : 1231-1238.
170. SPENCER TJ, BIEDERMAN J, WILENS T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatr Clin North Am*, 1999, 46 : 915-927.
171. SPENCER TJ, BIEDERMAN J, MADRAS BK et al. In vivo neuroreceptor imaging in attention-deficit/hyperactivity disorder : a focus on the dopamine transporter. *Biol Psychiatry*, 2005, 57 : 1293-1300.
172. SPENCER TJ, BIEDERMAN J, MICK E. Attention-deficit/hyperactivity disorder : diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol*, 2007, 32 : 631-642.
173. STATE RC, ALTSCHULER LL, FRYE MA. Mania and attention deficit hyperactivity disorder in a prepubertal child : diagnostic and treatment challenges. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002, 159 : 918-925.
174. STEINHAUSEN H, NOVÍK TS, BALDURSSON G et al. ADORE study group co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2006, 15 (Suppl. 1) : 1/25-1/29.
175. STUSS DT, ALEXANDER MP. Executive functions and the frontal lobes : a conceptual view. *Psychol Res*, 2000, 63 : 289-298.
176. SWANSON, J. M. School-based assessments and interventions for ADD students. Irvine, KC Publishing, 1992, 184 pages.
177. SWANSON JM, KINSBOURNE M, NIGG J et al. Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder : brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychol Rev*, 2007, 17 : 39-59.
178. TADS STUDY TEAM. Treatment for adolescents with depression study (TADS) : rationale, design and methods. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003, 42 : 531-542.
179. TAMM L, MENON V, RINGEL J, REISS AL. Event-related fMRI evidence of fronto-temporal involvement in aberrant response inhibition and task switching in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004, 43 : 1430-1440.
180. TAYLOR E, SERGEANT J, DOEPFNER M et al. Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *European Society for Child and Adolescent Psychiatry. Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1998, 7 : 184-200.
181. TAYLOR EM, DOEPFNER J, SERGEANT P et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder-first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2004, 13 (Suppl. 1) : 1/7-1/30.
182. TAYLOR E, SONUGA-BARKE E. Disorder of attention and activity. In : M Rutter, D Bishop, D Pine et al. Rutter's child and adolescent psychiatry, 5th ed. London, Blackwell, 2008 : 521-542.
183. TAYLOR E. Developing ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 2009, 50 : 126-132.
184. TIROSH E, COHEN A. Language deficit with attention-deficit disorder : a prevalent comorbidity. *J Child Neurol*, 1998, 13 : 493-497.
185. TODD RD, SITHIRAKSA N, REICH W et al. Discrimination of DSM-IV and latent class attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes by educational and cognitive performance in a population-based sample of child and adolescent twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002, 41 : 820-828.
186. TOPLAK ME, DOCKSTADER C, TANNOCK R. Temporal information processing in ADHD : findings to date and new methods. *J Neurosci Methods*, 2006, 151 : 15-29.
187. TRIPP G, WICKENS JR. Dopamine transfer deficit : a neurobiological theory of altered reinforcement mechanisms in ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 2008, 49 : 691-704.
188. VALERA E, FARAOANE SV, MURRAY KE, SEIDMAN LJ. Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 2006, 60 : 314-315.

189. VANCE A, SILK TJ, CASEY M et al. Right parietal dysfunction in children with attention deficit hyperactivity disorder, combined type: a functional MRI study. *Mol Psychiatry*, 2007, 12: 826-832.
190. VAN'T ENT D, LEHN H, DERKS EM et al. A structural MRI study in monozygotic twins concordant or discordant for attention-deficit/hyperactivity problems: evidence for genetic and environmental heterogeneity in the developing brain. *Neuroimage*, 2007, 35: 1004-1020.
191. VIO C, MARZOCCHI, OFFREDI T. Il bambino con deficit di attenzione/ipertattività. Diagnosi psicologica e formazione dei genitori. Trento, Erickson, 2002, 170 pages
192. WALDMAN ID, GIZER IR. The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev*, 2006, 26: 396-432.
193. WALITZA S, KAMPE K, ARTAMONOV N et al. No elevated genomic damage in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder after methylphenidate therapy. *Toxicol Lett*, 2009, 184: 38-43.
194. WARNER-ROGERS J, TAYLOR A, TAYLOR E, SANDBERG S. Inattentive behavior in childhood: epidemiology and implications for development. *J Learning Disabil*, 2000, 33: 520-536.
195. WARTEMBERG N, WAISSERBERG N, ZUK L, LERMAN-SAGIE T. Developmental coordination disorder in children with attention-deficit-hyperactivity disorder and physical therapy intervention. *Dev Med Child Neurol*, 2007, 49: 920-925.
196. WAXMONSKY J. Assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children with comorbid psychiatric illness. *Curr Opin Pediatr*, 2003, 15: 476-482.
197. WEISS M, WORLING D, WASDELL M. A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *J Attentive Dis*, 2003, 7: 1-9.
198. WEISS M, TANNOCK R, KRATOCHVIL C et al. A randomized, placebo-controlled study of once-daily atomoxetine in the school setting in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2005, 44: 647-655.
199. WERNICKE JF, KRATOCHVIL CJ. Safety profile of atomoxetine in the treatment of children and adolescents with ADHD. *J Clin Psychiatry*, 2002, 63 (Suppl. 12): 50-55.
200. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992, 374 pages.
201. WIGG KG, FENG Y, CROSBIE J et al. Association of ADHD and the protogenin gene in the chromosome 15q21.3 reading disabilities linkage region. *Genes Brain Behav*, 2008, 7: 877-886.
202. WILENS TE. Does the medicating ADHD increase or decrease the risk for later substance abuse? *Rev Bras Psiquiatr*, 2003, 25: 127-128.
203. WILENS TE, FARAONE SV, BIEDERMAN J, GUNAWARDENE S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 2003, 111: 179-185.
204. WILLCUTT EG, DOYLE AE, NIGG JT et al. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry*, 2005, 57: 1336-1346.
205. WILLIAMS J, DAYAN P. Dopamine, learning and impulsivity: a biological account of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adol Psychopathol*, 2005, 15: 160-179.
206. WILLIAMS J. Working toward a neurobiological account of ADHD: commentary on gail tripp and Jeff Wickens' dopamine transfer deficit. *J Child Psychol Psychiatr*, 2008, 49: 705-711.
207. WITT KL, SHELBY MD, ITCHON-RAMOS N et al. Methylphenidate and amphetamine do not induce cytogenetic damage in lymphocytes of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2008, 47: 1375-1383.
208. WRIGHT JL. Psychoanalysis in conjunction with medication: a clinical research opportunity. *J Am Psychoanal Assoc*, 2006, 54: 833-855.
209. ZELAZO PD, MUELLER U. Executive function in typical and atypical development. In: U Goswami. *Handbook of childhood cognitive development*. London, Blackwell, 2002: 445-469.

Devenir du TDAH à l'adolescence

210. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington, American Psychiatric Association, 2000.
211. BARKLEY RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment, 2nd ed. New York, Guilford Press, 1998.
212. BARKLEY RA, FISHER M, EDELBROCK C, SMALLISH L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: a 8 year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1990, 29: 546-557.
213. BERGER M. L'enfant instable. Paris, Dunod, 1999.
214. BIEDERMAN J, FARAONE SV, MILBERGER S, GUTTE J et al. A prospective 4-years follow-up study of attention: deficit hyperactivity disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 1996, 53: 437-446.
215. GORWOOD P. Genetic vulnerability of attention deficit-hyperactivity disorder. In: B Golse, A Braconnier. *Hyperactivité en question*. Paris, AUPPE, 2003: 15-21.
216. HERCHTMAN LT. Long-term outcome in attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*, 1992, 1: 553-565.
217. ICD-10. International classification of diseases, 2nd ed. Geneva, WHO, 2005.
218. MAZET P. Historical and transcultural approach of hyperactivity. In: B Golse, A Braconnier. *Hyperactivité en question*. Paris, AUPPE, 2003: 3-13.
219. ROBIN AL. ADHD in adolescents: diagnosis and treatment. New York, Guilford Press, 1998.
220. TAYLOR E, DOPFNER M, SERGEANT J et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder: first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2004, 13 (Suppl. 1): 1/7-1/30.

Hyperactivité et troubles limites de la personnalité

221. ANGOLD A, ERKANLI A, EGGER H, COSTELLO EJ. Stimulant treatment for children: a community perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000, 39: 975-994.
222. BARKLEY RA. International consensus statement on ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2002, 5: 89-111.
223. BARKLEY RA. Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of empirically based treatments. *J Psychiatr Pract*, 2004, 10: 39.
224. BARKLEY RA. Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro reseñado al DSM-V. *Rev Neurol*, 2009, 48 (Suppl. 2): S101-S106.
225. BARKLEY RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHA. *Psychol Bul*, 1997, 121: 65-94.
226. BEMPORAD J, SMITH HF, HANSON G, CICHETTI D. Borderline syndromes in childhood: criteria for diagnosis. *Am J Psychiatry*, 1982, 139: 559-602.
227. BERGERET J. Psychologie pathologique théorique et clinique, 8^e éd. Paris, Masson, 2000.
228. BIEDERMAN J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*, 2005, 57: 1215-1220.
229. BIEDERMAN J, FARAONE SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 2005, 366: 237-248.
230. BIEDERMAN J, FARAONE SV, LAPEY K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention-deficit disorder. In: G Weiss. *Attention-deficit hyperactivity disorder*. Philadelphia, WB Saunders, 1992.
231. BROWN TE. Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults. Washington, American Psychiatric Press, 2000.
232. EISENBERG L. Mindlessness and brainlessness in psychiatry. *Br J Psychiatry*, 1986, 148: 497-508.
233. GILBERG CH, RASMUSSEN P, CARLSTRÖM G et al. Perceptual motor and attentional deficit in six-year-old children. *J Child Psychol Psychiatr*, 1982, 23: 131-144.

Index

Les folios en gras renvoient aux pages où le sujet est principalement traité.

A

AAI (*adult attachment interview*), 151, 153, 154

ABA (*applied behavior analysis*), 791

Absentéisme scolaire, 441

Abus de substances, 336, 453, 454

Abus sexuel, 457

intrafamilial, 72

signalement, 73

Accidents, 356

Accordage affectif, 6, 207, 245, 605

Accouchement, 206

Accueil thérapeutique familial, 721

Action éducative

à domicile (AED), 815

en milieu ouvert (AEMO), 811, 815

Addiction(s), 546, 584

adolescent problem severity index, 593

agoraphobie, 586

alliance transgénérationnelle, 591

attachement, 591

Bergeret (J.), 584, 591

boulimie, 492

cleptomanie, 587

communication intrafamiliale, 591

co-morbidité, 586

compulsion, 585

dépression, 562, 587

drug use screening inventory, 593

estime de soi, 590

état de stress post-traumatique, 586

identité, 591

internet, 586

jeux vidéo, 602, 617

libido narcissique, 590

Marks (L.), 584

NORC diagnostic screen, 586

personnalité *borderline*, 587

phobie sociale, 586

pulsions, 590

relation d'objet, 590

renforcement négatif/positif, 591

self, 590

south oaks gambling screen, 587

substances psychoactives, 585, 587

teen addiction severity index, 593

théorie

– des comportements à problème, 589

– systémique, 591

Toronto alexithymia scale, 587

triangulation, 591

trichotillomanie, 587

trouble(s)

– anxieux, 586

– du comportement alimentaire, 485

– des conduites, 587

– oppositionnel avec provocation, 587

au virtuel, 616

ADHD rating scale, 328

Adler (A.), 24

Adolescence, 544, 548

abandon, 550

addictions, 546

attachement, 39

autonomie, 545

Braconnier (A.), 551

Caille (Ph.), 553

conflits, 549

contre-Cedipe, 551

crise parentale, 551

dépendance, 545

désidéalisation, 552

externalisation, 550

fantasmes, 549

fonctionnement familial, 548

idéal du moi, 550

identifications, 546, 548

image de soi, 61

imago, 549

infection par le VIH, 529

intergénérationnel, 553

Jeammet (Ph.), 550, 551

Kestemberg (E.), 550

Lacan (J.), 550

Lidz (Ph.), 550

malaise identitaire, 61

Marcelli (D.), 551

migrant, 805

Minuchin (S.), 553

moi parental, 551

narcissisme, 550

Neuburger (R.), 550

passage à l'acte, 550

phénoménologie, 548

projections, 548

Rabreau (J.-P.), 554

refoulé, 552

scène primitive, 549

séparation, 545

services d'hospitalisation pour, 721

sommeil, 579

Stierlin (H.), 554

tentative de suicide, 546

théorie du développement, 7

transgénérationnel, 554

virtuel et, 97

Adolescent problem severity index, 593

AEPEA, 740

Affects, 171, 189

Agence régionale de santé, 719

Agoraphobie, 439, 442, 586

Aide sociale à l'enfance (ASE), 814

Ainsworth (M.), 220

Ajuriaguerra (J. de), 131, 686

Akathisie, 414

Alcool, 585

Alcoolisme fœtal (syndrome d'), 202, 336,

474

Aliénation mentale (syndrome d'), 240

Allemagne (psychothérapie psychanalytique

en), 738

Allocation d'éducation

pour enfant handicapé, 723

spéciale, 721

Amphétamines, 585

Anamorphose, 66

Androgènes (insensibilité complète aux), 62

Anéjaculation (à l'adolescence), 70

Angoisse, 422

chez l'adolescence, 423

anxiété et, 425

Anzieu (D.), 425

bégaitements, 422

du hessin, 432

Bick (E.), 425

Bion (W.R.), 424, 425

classification diagnostique 0-3, 423

coping, 423

de castration, 6, 61, 369

défense du moi contre, 6

dépression et, 426, 432

désorganisations psychosomatiques, 430

chez l'enfant, 423

de l'étranger, 5, 289, 368, 422, 507

état de stress post-traumatique, 426

expressivité somatique, 430

facteurs internalisants/externalisants, 423

fonction réflexive, 424

holding, 425

hypercinsie, 431

inhibition, 423

intersubjectivité, 423

Kernberg (P.F.), 423

Klein (M.), 426

Kreiser (L.), 430

latence, 422

de morcellement, 772

de mort, 536

de performance à l'adolescence, 20

narcissique, 429

névrotique, 422, 427, 428

nosographique, 433

Palacio Espasa (F.), 432

panique, 431

- Angoisse (*suite*)
parental bonding instrument, 427
 persécutrice, 426
 peur, 422, 425, 426
 phobie, 431
 – scolaire, 432
 – sociale, 426
 de séparation, 367, 422, 424, 426, 431
 sociale, 432
Stern (D.), 435
 tics, 422
 trouble(s)
 – anxieux généralisé, 426
 – de l'appareil digestif, 431
 – de l'appareil ostéo-articulaire, 431
 – de l'appareil respiratoire, 431
 – de l'appareil réguminaire, 431
 – de l'attention, 431
 – du comportement alimentaire, 431
 – du contrôle du sphincter, 431
 – obsessionnel-compulsif, 426
 – du sommeil, 431
 – du système nerveux, 431
 vulnérabilité, 423, 427
Winnicott (D.W.), 424, 425
voir aussi Anxiété
- Animisme, 85
- Anorexie
 d'inertie, 509
 infantile, 191
 mentale, 439, 479, 493
 – aménorrhée, 480
 – conduites de restriction, 480
 – dépression de l'adolescent, 562
 – hyperactivité, 480
 – phobie scolaire, 443
 du nourrisson, 509, 213, 507
- Anorgasmie à l'adolescence, 20
- Ansermet (F.), 686
- Anténatal, 26
 échographie, 26
 psychiatrie fœtale, 26
voir aussi Fœtus
- Anthony (J.), 770
- Anthropologie, 625
- Anticomitiaux, 793
- Antidépresseurs, 832
 AMM chez l'enfant, 833
 autisme, 793
 IMAO, *voir* Inhibiteurs de la monoamine oxydase
 ISRS, *voir* Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
 sérotoninergiques, 363
 tricycliques, 833
 – anxiété, 834
 – dépression de l'adolescent, 567
 – énorésie, 834
 – phobie, 446
 trouble(s)
 – bipolaire, 392
 – déficitaire de l'attention avec hyperactivité, 834
 – dépressifs, 833
 – névrotiques, 375
 – obsessionnels-compulsifs, 834
- Antipsychotiques, 839
 AMM chez l'enfant, 839
 atypiques, 382
 dyskinésie tardive/dystonie, 845
 hyperprolactinémie, 844
 schizophrénie, 840
 – à début précoce, 382
 tolérance, 842
 troubles bipolaires, 841
- Antirétroviraux, 527
- Anxiété
 addiction, 586
 antidépresseurs tricycliques, 834
 généralisée, 190, 426
 non spécifique, 190
 paroxystique, 439
 de performance, 442
 personnalité *borderline*, 557
 post-traumatique, 442
 de séparation, 189, 442
 sociale, 190, 439
 TCC, 778
 TDAH, 321, 336
 TOC, 409
 troubles du sommeil, 578
voir aussi Angoisse
- Anxiolytiques, 585, 793
- Anzieu (D.), 24, 278, 284, 425, 769
- Apnées obstructives du sommeil (syndrome d'), 576
- Appell (G.), 220
- Apprentissages (troubles des), 442
- Arriération, 469
- ASAS (*Australian scale for Asperger's syndrome*), 298
- ASDI (*Asperger syndrome diagnostic interview*), 298
- ASDS (*Asperger syndrome diagnostic scale*), 298
- Asperger (H.), 269, 273, 297
 syndrome d', 268, 269, 297, 305
 – *comic strip conversation*, 302
 – étiologie, 299
 – évaluation, 300
 – examen neuropsychologique, 127
 – expression des émotions, 303
 – interactions sociales, 298
 – intérêts spécifiques, 302
 – naissance, 299
 – neuro-imagerie, 299
 – prévalence, 299
 – pronostic, 304
 – psychothérapie psychanalytique, 303
 – questionnaires, 298
 – TCC, 303
 – test de Rorschach, 304
 – théorie de l'esprit, 301
 – traitement, 300
 – trouble bipolaire, 390
- ASSQ (*autism spectrum screening questionnaire*), 298
- Asthme, 217, 521
- Athéisme, 258
- Atomoxétine, 331
- Attachement, 30, 153, 277, 695
 adaptation à l'école, 38
- adolescence, 39
 autoquestionnaire, 38
bonding, 34
Bowlby (J.), 154
caregiving, 34
child attachment interview, 38
 compétences cognitives, 38
 compétences sociales, 38
 comportements, 31
 développement de l', 3, 30
 développement de la mentalisation, 31
 entretien semi-dirigé de type AAI, 38
 estime de soi, 38
 figure d', 31, 33
 gestion des émotions, 38, 39
 intergénérationnel, 36, 154
 liens primaires, 32
 métacognition, 40
 modèle interactif précoce, 160
 modèle opérant interne, 36, 41
 ocytocine, 34
 parentalité, 155
 parents malades mentaux, 245
patterns d', 35
 – ambivalent/résistant, 35
 – continuité et changement, 37
 – désorganisé, 35
 – évitant, 35
 – insécure, 35
 – sécuritaire, 35
 phénomène d'empreinte, 33
 relations avec les pairs, 39, 40
 remaniements, 40
responsiveness, 34
 sécuritaire, 153, 159
 situation étrange, 35
 transgénérationnel, 36
 troubles de la personnalité, 406
 virtuel, 604
- Attaque de panique, 441
- Attention (troubles de l'), 431
- Attwood (T.), 297
- Autisme, 268
 accès au oui, 273
 alcérite, 287
 angoisse
 – de l'étranger, 289
 – impensable, 283
 – de séparation, 287
 anorexie du nourrisson, 509
 antipsécses, 287
Anzieu (D.), 278, 284
 attaque contre les liens, 287
 attention conjointe, 289
 autosenorialité, 284, 285
Baron-Cohen (S.), 288, 289
Bettelheim (B.), 282
Rick (F.), 278, 284
 bidimensionnalité, 286
Bion (W.R.), 280, 284, 785
Bleuler (E.), 272
Bullinger (A.), 290
Bursztajn (C.), 290
 capacité de réverie maternelle, 285, 286
 carapace, 286
 carence, 284
 – affective, 290

- catécholamines, 293
- cécité, [290](#)
- centre
 - d'évaluation et de diagnostic de l'autisme, [276](#)
- de ressources autisme Ile-de-France, [276](#)
- CHAT (*checklist for autism in children*), [288](#)
- CIM, 274
- cognitive disorders*, 292
- cohésion centrale faible, 295
- conceptualisations analytiques, 282
- conflit esthétique, 285
- contenance, 284
- craines d'effondrement, 283
- crises d'épilepsie, 274
- débat nosographique, 272
- déficit cognitif spécifique, 295
- Delion (P.), [290](#)
- démantèlement, [277](#), 284, 286
- dépression
 - infantile précoce, [290](#)
 - psychotique, 284, 286
- destruction de sa propre pensée, 287
- diagnostic précoce, [288](#)
- dimension métaphorique du langage, 287
- Dolto (F.), 285
- DSM, 274
- dysharmonie psychotique, [275](#)
- électro-encéphalogramme, 293
- endorphines, 293
- enregistrement vidéo, [288](#)
- épidémiologie, 291
- étude de liaisons, 292
- examen neuropsychologique, 126
- expérience émotionnelle correctrice, 282
- Ferrari (P.), 282
- Folstein (S.), 292
- fonction alpha, 285
- Freemann (B.J.), 274
- fusion symbiotique, 283
- gènes candidats, 292
- grille d'évitement relationnel du nourrisson, [289](#)
- Haag (G.), 285
- Hochmann (J.), 279, 284
- hormones de stress, 293
- identification
 - adhésive, [278](#), 284, 286
 - projective, [278](#), 286
- imagerie cérébrale, 294
- imitation, 287, 296
- immuabilité, 273
- indistinction soi/monde extérieur, 284
- individualisation, 283
- intelligence, 274, 295
- intentionnalité, 287
- intersubjectivité, [276](#)
- inversion pronominale, 273
- Itard (J.M.G.), 272
- jeux de « faire semblant », 287, [289](#), 296
- Kanner (L.), 272, 297
- Klein (M.), 272, 283
- Lacan (J.), 285
- Lebovici (S.), [288](#)
- Lord (C.), [289](#)
- Mahler (M.S.), 283
- Mannoni (M.), 285
- Mazet (Ph.), [288](#)
- Meltzer (D.), 284, 285
- méthodes éducatives, 790
- modèle polyfactoriel, 279
- néo-langage, 274
- neurobiologie, 293
- neurones-miroirs, 294
- neurophysiologie, 293
- Cédipec précoce, 283
- organisateur de Spitz, [289](#)
- phénomènes transitionnels, 283
- pointage (protodéclaratif), [289](#)
- position
 - dépressive, 283
 - « schizoparanoïde », 283
- potentiels évoqués, 293
- pragmatique du langage, 296
- préoccupation maternelle primaire, 283
- prévalence, 268, 291
- primaire anormal, 284
- prise en charge, 784
- action auprès des parents, 792
- - restauration narcissique, 792
- actions rééducatives, 792
- - thérapepe orthophonique, 792
- - thérapies à médication corporelle, 792
- - thérapies psychomotrices, 792
- apports cognitifs, 784
- externat médicopédagogique, 784
- hôpital de jour, 784
- méthodes éducatives
- - CARS (*the childhood autism rating scale*), 790
- - conditionnement opérant, 791
- - Lelord (G.), 791
- - Lovaas (I.), 791
- - méthode ABA (*applied behavior analysis*), 791
- - Ornitz (E.), 792
- - PEP-R (*psychoeducational profile revised*), 790
- - programme TEACCH, 790
- - Sauvage (D.), 791
- - services publics anglais, 790
- - thérapie d'échange et de développement, 791
- - Wing (L.), 790
- - psychothérapie mère-nourrisson, 793
- psychothérapie
 - psychanalytique, 785, 792
 - - angoisse catastrophique/impensable, 787
 - - angoisse impensable de la dépression psychotique, 786
 - - angoisse de séparation, 789
 - - bipartition corporelle, 788
 - - capacité de rêverie maternelle, 786
 - - clivage sensoriel, 787
 - - démantèlement, 786
 - - dépression psychotique, 787
 - - dimension spatiale de la psyché, 786
 - - espace psychique interne, 788
 - - fonction de contenance, 786, 787
 - - Haag (G.), 788
 - - moi-peau, 788
 - - monde uni-/bidimensionnel, 786
 - - objet interne, 788
 - - orifices corporels, 787
 - - pensées de rêve, 786
 - - regard mutuel, 789
 - - relation symbiotique, 789
 - - retrait dans l'hallucination, 786
 - - *still face*, 786
 - - reconnaissance de l'enfant comme sujet, 784
 - - scolarité, 793
 - - hôpital de jour, 793
 - - intégration scolaire, 793
 - - internat, 793
 - - surface corporelle, 787
 - - thérapie institutionnelle, 785
 - - espace de rencontre, 785
 - - espace transitionnel, 785
 - - fonction pare-excitation, 785
 - - identification introjective, 785
 - - sujet, 785
 - - traitements médicamenteux, 793
 - - visée éducative, 784
 - - visée thérapeutique, 784
- psychose
 - précoce, 274
 - - déficitaire, [275](#)
 - - symbiotique, 283
- reconnaissance des émotions, 294
- répétition écholalique, 273
- représentation pictographique, 287
- retrait autistique, 273
- risque autistique, [290](#)
- Ritvo (E.R.), 274, 292
- Roubertoux (P.), 293
- Roussillon (R.), [277](#)
- Rutter (M.), 292
- Sauvage (D.), [288](#)
- sciences cognitives, 295
- secondaire à carapace, 284
- secondaire régressif, 284
- seconde peau, 286
- sensorialité, 284, 295
- séparation/individuation, 283
- sérotonine, 293
- sex-ratio, 291
- sillon temporal supérieur, [278](#)
- spectre autistique, 292
- stéréotypies, 273
- Stern (D.N.), [276](#)
- still-face*, 279
- subjectivation, [276](#)
- surdité précoce, [290](#)
- symbolisation, 287
- syndrome d'Asperger, 297
- voir aussi Asperger (syndrome d')
- syndrome de Rett, 292
- syndrome de l'X fragile, 292
- théorie de l'attachement, [277](#)
- théorie de l'esprit, [289](#), 296
- Trevarthen (C.), [276](#)
- tridimensionnalité, 287
- troubles
 - du développement, 274
 - du langage, 273, [289](#)

Autisme (*suite*)

- multiples et complexes du développement, 304
- de la personnalité, 274
- trou noir de la psyché, 284
- Tustin (F.)**, 284
- vécu corporel, 284
- Winnicott (D.W.)**, 283, 284, 787

Avance de phase (syndrome d'), 577

B

- Babillage, [48](#)
- Balcyté (J.-M.), 124
- Barbe (R.), 385
- Baron-Cohen (S.)**, [288](#), [289](#)
- Bégaitements, 369, 422
- Belgique (organisation des services), 708
- aide
 - à la jeunesse, 713
 - en milieu ouvert, 713
- assurance contre la maladie et l'invalidité, 711
- centres
 - d'hébergement, 712
 - d'orientation éducative, 714
 - psycho-médico-sociaux, 712
 - de réadaptation fonctionnelle, 710
- consultation de psychiatrie infantojuvénile, 708, 710
- directeur de l'aide à la jeunesse, 714
- dispositif
 - ambulatoire, 709, 713
 - éducatif, 712
 - judiciaire, 713
 - résidentiel, 711, 713
- enseignement spécial, 712
- équipes
 - pluridisciplinaires, 710
 - SOS-enfants-parents, 710, 716
- homes
 - des centres publics d'aide sociale, 713
 - pour mineurs, 713
- hygiène mentale de l'enfant, 708
- institutions publiques de protection de la jeunesse, 714
- instituts médicopédagogiques, 712
- juge d'instruction, 714
- ligues de santé mentale, 710
- lits pédopsychiatriques, 711, 712
- parquet et tribunal de la jeunesse, 714
- pédopsychiatrie de liaison, 711, 716
- prison, 714
- protection et aide sociale, 712
- psychothérapie, 715
- psychanalytique, 739
- sectorisation, 710
- service(s)
 - médicopsychologique, 708
 - de prestations éducatives et philanthropiques, 714
 - de protection judiciaire, 714
 - de santé mentale, 710
- soins ambulatoires pluridisciplinaires, 715
- traitement hospitalier aigu, 716
- unités d'hospitalisation, 716

- Bergeret (J.)**, 584, 591
- Bettelheim (B.)**, 282
- Biais cognitifs, 126
- autisme, 126
- cohérence centrale, 126
- Bick (E.)**, [278](#), 284, 425
- Bifulco (A.), 691
- Bilinguisme, 174
- Billard (C.), 173
- Binge eating disorder*, 490
- Binswanger (L.)**, 489
- Bion (W.R.)**, [8](#), 280, 284, 424, 425, 753, 770, 785
- Bipolarité de l'enfant, 358
- Bisexualité, [66](#), [72](#)
- Bleuler (E.)**, 272, 377
- Blog, 612
- Blues du post-partum, 236
- Bonding* (processus de), [34](#)
- Bonnafé (L.)**, 749
- Bonnot (O.), 377, 839
- Bootstrapping* (théorie du), [46](#)
- Botbol (M.), 718, 807
- Boulmie, [479](#), 483, 489
- addiction, 492
- adolescence, 495
- ambivalence, 497
- anité, 494
- anorexie mentale, 493
- auto-érotisme, 495
- Binswanger (L.)**, 489
- crises de, 484
- critères de Russel, 490
- dépersonnalisation, 491
- dépression, 493
- distorsion de la perception, 496
- épidémiologie, 490
- Freud (S.)**, 489
- gavage, 489
- gingivite, 492
- Green (R.S.)**, 489
- honte, 491
- 5-hydroxytryptamine, 494
- hyperphagie, 489, 490
- image du corps, 490, 491
- Janet (P.)**, 489
- Lasègue (G.H.)**, 489
- maîtrise, 494
- mérycisme, 491
- mineur, 496
- narcissisme, 492
- névrose, 489
- obésité, 490, 493
- oralité, 494
- pancréatite, 492
- parotides, 492
- passage à l'acte, 491
- perversion, 489
- problématique œdipienne, 495
- régression, 495
- satété, 490
- thérapies
 - cognitivo-comportementales, 497
 - familiales, 497
 - d'inspiration psychanalytique, 497
- ulcération, 492

- vomissements, 491
 - Bourneville (sclérose tubéreuse de), 380, 474
 - Bowlby (J.)**, 154, 156, [220](#), [221](#), 360
 - Braconnier (A.), 544, 551
 - Brazelton (échelle de), 112, 210
 - Brengard (D.), [65](#), 718
 - BREV (batterie rapide d'évaluation cognitive), 174
 - Brun (D.), 235
 - Brunet (C.)**, 778
 - Bruxisme, 578
 - Bullinger (A.), [131](#), [290](#)
 - Bullying*, 443
 - Bürgin (D.)**, 686
 - Bursztejn (C.), 257, 268, [290](#)
- ## C
- Ça, [4](#)
 - Cadre thérapeutique groupal, 769, 770
 - Caféine, 585
 - Cahn (R.)**, 733, 753
 - Caillé (Ph.)**, 553
 - Campbell (J.)**, 355
 - Cancer, 450
 - Cannabis, 585
 - CAPA (*child and adolescent psychiatric assessment*), 138
 - Capacité de rêverie maternelle, [8](#), [753](#), 786
 - Cappas et Rebol-Lachaux (syndrome de), [13](#)
 - Caractériel, 405
 - Carbamazépine, 391
 - Caregiving*, [33](#), [34](#)
 - Carence
 - affective précoce, 219
 - de soins maternels, 219
 - abandonnisme, [221](#)
 - Ainsworth (M.), [220](#)
 - Appell (G.), [220](#)
 - Bowlby (J.), [220](#), [221](#)
 - conduites antisociales, [221](#)
 - David (M.), [220](#)
 - dépression
 - - anaclitique, [221](#)
 - - précoce de l'enfant, 356
 - états dépressifs, [221](#)
 - hospitalisme, [220](#), [221](#)
 - insuffisance majeure, 219
 - Kreiser (L.), [222](#)
 - retard de développement, [221](#)
 - réversibilité des perturbations, [220](#)
 - Robertson (J.), [221](#)
 - Rutter (M.), [221](#)
 - séparations répétées, [221](#)
 - Sipra (A.), [220](#)
 - Siptz (R.), 219
 - syndrome de « comportement vide », [222](#)
 - chez le nourrisson, 224
 - carences qualitatives, 225
 - carences quantitatives, 225
 - discontinuités interactives, 226
 - mère *borderline*, 226
 - Carreira (A.), 666

- Carrozzi (M.), 314, 358
 CAST (*childhood Asperger syndrome test*), 298
 CAT (*children asperception test*), 122
 Cataplexie, 576
 Cauchemars, 577
 CBQ (*child bipolar questionnaire*), 390
 CBCL (*children behaviour check-list*), 328
 CDI (*children depression inventory*), 328
 Cécité, 290
 Cénité(s)
 d'accueil thérapeutique à temps partiel, 720
 d'action médicosociale précoce, 477, 723, 724
 éducatif fermé (UECEF), 813
 éducatif renforcé (UECER), 813
 médicopsychologiques, 477, 720
 médico-psycho-pédagogiques, 477, 723
 CFTMEA (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent), 259
 CGAS (*children global assessment scale*), 320, 328
 CGI (*clinical global impression*), 320, 328
 Chapelier (J.B.), 773
 CHAT (*checklist for autism in children*), 174, 238
 Cheveux (arrachage des), 218
 Chiland (C.), 60, 120
 Child Attachment interview, 38
 CHIP-CE (*child health and illness profile-child edition*), 320
 CHIPS (*children interview for psychiatric syndromes*), 138, 139
 Choquet (L.-H.), 807
 Choquet (M.), 359
 Chorée, 414
 CIM (Classification internationale des maladies, 137, 257, 259, 266
 Claparède (E.), 686
 Classe d'intégration scolaire, 725
 Classification(s)
 diagnostique 0-3 ans, 187, 240, 266
 - affection médicale et trouble du développement, 192
 - anorexie infantile, 191
 - anxiété, 423
 - généralisée, 190
 - non spécifique, 190
 - de la petite enfance, 189
 - de séparation, 189
 - sociale, 190
 - arbre décisionnel diagnostique, 193
 - aversion sélective de nourriture, 191
 - dépression
 - majeure, 190
 - de la première et de la petite enfance, 190
 - deuil/chagrin prolongé, 189
 - fonctionnement émotionnel et social, 192
 - hypersensible, 190
 - phobie spécifique, 189
 - réveil nocturne, 191
 - stimulation sensorielle impulsive, 191
 - stress psychosocial, 192
 - syndrome post-traumatique, 189
 - trouble
 - de l'affect, 189
 - alimentaire, 191
 - de l'ajustement, 190
 - du comportement alimentaire, 191
 - développemental touchant de multiples systèmes, 191
 - mixtes de l'expression émotionnelle, 190
 - de la personnalité, 403
 - liés à la privation/mauvais traitement, 189
 - de la régulation du comportement alimentaire, 191
 - de régulation de l'intégration sensorielle, 190
 - de la relation, 191
 - et la communication, 191
 - du sommeil, 191
 française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, 259
 internationale du fonctionnement, 240, 646
 internationale des maladies, voir CIM
 de Sameroff, 766
 syndromiques, 257
 Cleptomanie, 587
 Clivage, 402
 CMS (*children memory scale*), 125
 Cocaine, 585
 Code de l'action sociale et de la famille, 808
 Cognition
 interaction avec le langage, 55
 sociale (examen neuropsychologique), 129
 Cohen (D.), 377, 839
 Cohen-Kettenis (P.T.), 63
 Coliques
 idiopathiques du nourrisson, 215
 - « sollicitude anxieuse primaire », 215
 du premier trimestre, 513
 Commission
 départementale d'éducation spécialisée, 721
 des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, 723
 Communication, 761, 762
 Compétences sociales
 attachement, 38
 autisme, 306
 syndrome d'Asperger, 269, 297, 298, 303
 Complexe d'intrusion lacanien, 12
 Complexe d'Édipe, 6, 66, 67, 366, 371, 538, 629
 Comportement(s)
 alimentaire
 - régulation du, 191
 - troubles du, 191, 479, 489
 - addiction, 485
 - alexithymie, 485
 - angoisse, 431
 - déni, 487
 - dépression de l'adolescent, 561
 - épidémiologie, 479
 - chez le jeune garçon, 481
 troubles du
 - attachement et, 39
 - dépression, 356
 - de l'adolescent, 562
 - ESPT, 453
 - TCC, 781
 - TDAH, 335, 339
 vide (syndrome de), 213, 222, 225
 Compulsion(s), 369, 408, 510, 585
 Conduites
 antisociales, 221
 à risque suicidaire, 569
 trouble des
 - addiction, 587
 - ESPT, 453, 454
 - phobie scolaire, 443
 - TDAH, 318, 319, 335
 Conner's rating scale, 328
 Consentement éclairé, 202
 Consoli (A.), 393, 839
 Constipation
 fonctionnelle, 515
 obsessionnelle, 515
 phobique, 515
 Consultation
 thérapeutique, 800
 - cadre de la, 801
 - contenance psychique, 801
 - extra-/intrapyschique, 802
 - fonction de limitation, 801
 - « guérison », 800
 - histoire, 801
 - identification projective, 802
 - image surmoïque, 801
 - matricielle, 802
 - narrativité, 800
 - objet transgénérationnel, 801
 - plaisir masochiste de la souffrance, 800
 - redistribution
 - de des cartes psychiques, 801
 - de des rôles parentaux, 802
 - toiletteage psychique, 802
 - troubles
 - de des interactions précoces, 210
 - de la parentalité, 540
 transculturelle, 116
 Contextualisme, 763
 Continuous performance test, 329
 Contraception, 74
 Contre-identification, 539
 Contre-transfert, 737, 745, 824
 Coordination (troubles de la), 322, 378
 Coping, 423
 Coprolalie, 413
 Corcos (M.), 479
 Cortisol, 449
 Costello (E.J.), 355
 Cramer (B.), 170, 686, 731, 743
 Crise
 parentale, 551
 psychopathologique, 821
 - demande d'urgence, 822
 - pathologique, 821
 - réactionnelle, 821
 - réseau de soin, 823
 suicidaire, 569

Cruauté mentale, 457
Cyberdépendance, 598
Cyberpsychologie, 611
Cyclotymie, 385, 387, 388, 394

D

Dadds (M.E.), 778
Daumezon (G.), 749, 751
David (M.), 220
DAWBA (*development and well-being assessment*), 138
Debray (R.), 743
Dérbriefing, 454
Déception d'une mère, 235
 archéologie de l'abandon, 236
 bleus du post-partum, 236
 capacité de réverie de la mère, 235
 échographie, 237
 enfant idéal, 235
 état nostalgique, 237
 maternité, 235
 mélancolie féminine, 235
 « mère majuscule », 235
 objet idéalisé, 236
 sadisme-masochisme, 237
Défécation (troubles de la), 514
Défense du moi contre l'angoisse, 6
Défenses maniaques, 360, 404, 405
Déficience mentale, 469, 471, 473
Déficit de l'attention avec hyperactivité (trouble), 314
 abandon, 345
 abus de substances, 336
 actings, 344
 addiction, 587
 ADHD *rating scale*, 328
 adolescence, 318, 332, 344
 adulte, 318
 âge scolaire, 317, 318
 agressivité, 347
 ambivalence, 343, 347
 angoisse, 341
 anomalies anatomofonctionnelles, 324
 antidépresseurs tricycliques, 834
 anxiété, 336
 atomoxytine, 331
 attention-concentration, 334
 borderline, 341
 CDI (*children depression inventory*), 328
 centre de jour, 346
 CGAS (*children global assessment scale*), 320, 328
 CGI (*clinic global impression*), 320, 328
 children behaviour check-list, 328
 CHIP-CE (*children health and illness profile-child edition*), 320
 CIM-10, 315
 classification, 339
 co-morbidité, 318, 321, 334, 336, 339
 conflits, 347
 Conner's *rating scale*, 328
 continuous performance test, 329
 défenses maniaques, 345

 déficit de l'attention, 337
 – du contrôle moteur et de la perception (DAMP), 322
 déficit intellectuel, 341
 dépression, 321, 335, 343
 diagnostic dimensionnel, 317, 342
 dopamine, 325
 DSM-IV, 315, 333
 dyscalculie, 322, 337
 dysgraphie, 322
 dysharmonie évolutive, 339
 dyslexie, 337
 dysorthographe, 337
 dysthymie, 336
 échec scolaire, 336
 Eisenberg (L.), 340
 énurésie, 336
 épidémiologie, 322
 épistémologie, 317
 estime de soi, 336
 état de stress post-traumatique, 453, 454
 étiologie, 323
 évolution, 323, 333
 facteurs environnementaux, 324
 famille, 347
 fonctions exécutives, 337
 génétique, 324
 hérédité, 324
 hyperactivité, 314, 334
 hypocondrie, 346
 identité, 345
 image du corps, 344
 impairment, 317
 impulsivité, 314, 334, 347
 inattention, 314
 instabilité motrice, 333
 intégration corporelle, 345
Kernberg (O.), 341
Klein (M.), 342
K-SADS-PL (*kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia, present and life-time version*), 319, 328
manifestations
 – maniaques, 342
 – paranoïaques, 343
MASC (*multidimensionally impaired group*), 328
mécanismes de défense, 344
méthylphénidate, 331, 338
MMFT (*matching familiar figure test*), 328
modérateur, 320
multiplex *personality disorder*, 339
narcissisme, 346
neuromédiateurs, 325
organisation motrice, 345
paranoïde, 341
parent *training*, 329
période de latence, 343
personnalité
 – *borderline*, 338, 344
 – narcissique, 343
 phobie scolaire, 443
PICS IV (*parent interview for children symptoms, revised for DSM-IV*), 328
prédicteur, 320
psychodynamique, 340

psychostimulants, 845
psychothérapie, 347
résolution des problèmes, 331
retard de langage, 336
sadisme, 346
SDQ (*strengths and difficulties questionnaire*), 320, 328
SNAP-IV (*Swanson, Nolan and Pelham questionnaire*), 328
somatisation, 347
sous-types, 316
stress *inoculation training*, 331
sublimation, 343
surmoi, 347
syndrome
 – d'alcoolisme fœtal, 336
 – de Gilles de la Tourette, 322, 415
TCC, 777
test
 – de Stroop, 328
 – de la tour de Londres, 328
tics, 322
traits antisociaux, 343
transfert, 344
tristesse, 336
trouble(s)
 – de l'acquisition de la coordination, 322
 – anxieux, 321
 – bipolaire, 321, 342, 386, 390
 – des conduites, 318, 319, 335
 – du comportement, 335, 339
 – externalisés, 318, 319
 – internalisés, 318, 321
 – névrotiques versus, 372
 – oppositif avec provocation, 318, 319, 335
 – du sommeil, 578
Delemarre-van de Wall (H.A.), 63
Déliaison, 633
Délinquance, 810
Delion (P.), 290
Delorme (R.), 413
Delvenne (V.), 332
Démence, 469
Démence précoce, 377
Dénî, 402, 403, 487
 de la maladie, 535
Dépersonnalisation, 11, 491
Dépression
 addiction, 587
 de l'adolescent, 560
 – affection organique, 562
 – ambivalence, 564
 – anorexie mentale, 562
 – antidépresseurs tricycliques, 567
 – attitudes d'inhibition, 562
 – atypique, 562
 – autodépréciation, 560
 – barrières intergénérationnelles, 565
 – compréhension
 psychopathologique, 563
 – contexte sociofamilial, 564
 – crise
 – du milieu de vie, 565
 – parentale, 565
 – dépressivité générale, 560

- effondrement narcissique, 564
- élaboration psychique, 566
- empathie, 566
- épidémiologie, 560
- épisode dépressif majeur, 560
- étayage, 566
- évaluation, 562
- évolution, 563
- Ferrari (P.), 560
- fléchissement scolaire, 560
- génétiques, 565
- hospitalisation, 567
- idéal
 - du moi, 561, 564
 - parental, 564
- identification au parent déprimé, 565
- d'infériorité, 561
- Jeammet (Ph.), 564, 566
- lien
 - parents-enfants, 565
 - thérapeutique, 566
- mandat transgénérationnel, 565
- masquée, 562
- mélancolique, 560, 561
- modalités d'échanges familiaux, 565
- moments dépressifs, 560
- morosité, 562
- narcissisme, 564
- névrose, 560
- objets d'attachement, 564
- pathologie limite, 560
- perte narcissique, 564
- position dépressive, 564
- préoccupations
 - corporelles, 562
 - suicidaires, 560
- psychodrame, 567
- psychothérapie
 - familiale, 567
 - psychanalytique individuelle, 566
- rage narcissique destructrice, 564
- ralentissement moteur, 560
- rapport au corps, 564
- réactionnelle, 564
- réactivation pulsionnelle, 564
- réponse dépressive de base, 560
- résistances, 566
- séparation-individuation, 564
- soutien narcissique, 566
- suicide, 562
- surmoi infantile, 564
- syndrome
 - abandonnique, 561
 - dépressif franc et sévère, 560
 - tentative d'intrusion, 566
- thérapeutique, 565
- thérapie cognitive, 567
- toxicomanes, 562
- traitement médicamenteux, 567
- troubles alimentaires, 561
- troubles du comportement, 562
- anaclitique, 221
- angoisse et, 432
- antidépresseurs tricycliques, 833
- du bébé, 224
- affect de honte, 225
- « clinique du vide », 225
- « dépression blanche », 225
- dépression primitive, 227
- deuil et, 224
- mélancolie, 224
- nature narcissique, 224
- notion de perte, 224
- objets perdus, 224
- organisations dépressives précoces, 224
- position dépressive, 226, 228
- réponse dépressive basale, 227
- sentiment de culpabilité, 225
- « sollicitude thérapeutique », 225
- structure dépressive, 228
- syndrome de comportement vide, 225
- boulimie, 493
- carence de soins maternels, 221
- de l'enfant, 355
- accidents, 356
- actions sur l'environnement, 364
- alliance thérapeutique, 364
- anaclitique, 356
- antidépresseurs sérotoninergiques, 363
- attente familiale, 359
- attitudes de retrait, désintéret, passivité, 356
- autonomisation, 364
- bipolarité de l'enfant, 358
- blessures, 356
- carence maternelle, 356
- conception psychanalytique classique, 361
- conduite à tenir, 362
- défenses maniaques, 360
- dépression maternelle, 359
- échec scolaire, 356
- élaboration mentale du processus dépressif, 360
- enfant abandonnique, 356
- épidémiologie, 355
- estime de soi, 364
- évolution, 361
- facteurs favorisants, 359
- génétique, 362
- imagerie cérébrale, 362
- image de la mère morte, 359
- indépendance psychique, 364
- inhibition, 356
- interprétation, 364
- investissement du jeu, 356
- maladies somatiques, 357
- perte d'objet, 360
- position dépressive, 360
- position schizoparanoïde, 360
- prévention, 362
- psychopathologie, 359
- psychothérapie
 - individuelle, 363
 - psychanalytique, 363
- psychotique, 357, 361
- avant la puberté, 356
- question de la mort, 364
- rupture, 360
- secret familial, 364
- sécrétions hormonales, 361
- sentiment d'infériorité, 364
- séparations et pertes, 359
- suicide, 358
- syndrome dépressif franc, 356
- traitement médicamenteux, 362
- transfert, 364
- trouble bipolaire, 358
- troubles
 - du comportement, 356
 - maniaodépressifs, 358
 - somatiques, 356
 - du sommeil, 362
- état de stress post-traumatique, 453
- fonctions attentionnelles et exécutives, 126
- majeure, 190, 561
- du post-partum, 245
- maternelle, 245, 248
- de la première et de la petite enfance, 190
- phobie scolaire, 443
- précoce, 290
- psychotique, 787
- TDAH, 321, 335, 343
- TOC, 410
- troubles dépressifs non spécifiques, 190
- Déprivation maternelle, 215
- Déréalisation, 11
- Desombre (H.), 573
- Despert (J.L.), 359
- Dessin, 111
- Détenition provisoire, 809
- Deuil, 189, 635
 - développemental, 540
 - périnatal, 231
 - « enfant de remplacement », 233
 - fœtus comme non-accomplissement d'une partie de soi, 232
 - fœtus comme objet, 231
 - mélancoliforme, 232
 - nostalgique, 232
 - de sublimation, 232
 - humanisation du fœtus, 231
- transmission transgénérationnelle, 635
- Développement
 - autorégulation, 10
 - affectif, 3
 - cognitif, 3
 - dépendance, 10
 - dépersonnalisation, 11
 - déréalisation, 11
 - être intentionnel, 10
 - langage, 10
 - processus
 - d'attachement, 3
 - défensifs, 10
 - sentiment de cohésion physique du soi, 11
 - système interactif, 3
 - vic émotionnelle, 3
 - vulnérabilité, 10
- Vygotsky (L.), 10
- conceptions psychanalytiques, 3
 - 2' et 3' années, 6
 - 4' à la 6' année, 6
 - accordage affectif, 6
 - acquisition du non, 6
 - adolescence, 7

Développement (*suite*)

- comme phénomène social, 7
- affectif, 3
- aire transitionnelle, 6
- angoisse
- de castration, 6
- de l'étranger du 8^e mois, 5
- apparition du non à 18 mois, 5
- aspect
- dynamique, 4
- économique, 4
- topique, 4
- axes d'activité, 5
- ça, 4
- complexe d'Œdipe, 6
- dysharmonie, 5
- enfants psychotiques, 4
- être sexué, 7
- fonction de miroir, 5
- Freud (A.), 5
- *handling*, 5
- *holding*, 5
- idéal du moi, 7
- identification au parent, 6
- image du corps, 6
- indicateurs, 4
- interactions précoces du nouveau-né, 6
- interdit de l'inceste, 6
- Klein (M.), 5
- libidinal, 4
- lignes de développement, 5
- Mahler (M.), 5
- maîtrise du « je », 6
- maturité intellectuelle, 7
- mécanismes de défense du moi contre l'angoisse, 6
- mère suffisamment bonne, 5
- moi, 4, 6
- *object presenting*, 5
- période de latence, 7
- phase symbiotique, 5
- phénomènes transitionnels, 6
- position
- dite dépressive, 5
- schizoparanoïde, 5
- première enfance, 4
- préoccupation maternelle primaire, 5
- préoccupations narcissiques, 7
- puberté, 7
- pulsions, 4
- agressives, 4
- sexuelles, 4
- refoulement, 4, 7
- régression partielle, 5
- relation triangulaire, 6
- représentation de soi, 6
- self, 6
- séparation/individuation, 5
- sourire au visage humain, 4
- Spitz (R.A.), 4
- stade
- oral, 4
- phallique, 6
- pré-objectal, 4
- Stern (D.), 6
- surmoi, 4
- Winnicott (D.W.), 5
- zones érogènes, 4
- hétérochronie, 471
- et intersubjectivité, 8
- apprentissage culturel, 9
- capacités sociocognitives, 8
- concept du soi, 9
- empathie, 8, 9
- Fogel (A.), 9
- intégration de la perception et de l'action, 9
- neurones miroirs, 9
- neurosciences cognitives, 9
- sens de soi, 9
- sentiment précoce de soi, 9
- Stern (D.), 9
- théorie de l'esprit, 8
- Trevarthen (C.), 9
- psychanalystes post-kleinien, 7
- autosenorialité, 7
- autosensualité, 8
- bidimensionnalité, 8
- Bion (W.), 8
- capacité de rêverie maternelle, 8
- choses en soi, 8
- contenance, 8
- dimensionnalité, 7
- éléments « bêta », 8
- fonction alpha, 8
- genèse des processus de pensée, 8
- identification projective pathologique, 8
- Melzer (D.), 7
- objets bizarres, 8
- quadridimensionnalité, 8
- tridimensionnalité, 8
- « trous noirs », 8
- Tustin (F.), 8
- unidimensionnalité, 8
- lignes de, 304, 307
- retard de, 221
- troubles du
- autisme, 274
- affection médicale, 192
- atypiques, 305
- envahissants du, voir Troubles envahissants du développement
- multiples et complexes du, voir Troubles multiples et complexes du développement
- touchant de multiples systèmes, 191

Devereux (G.), 804

Diade, 761, 762

Diamond (M.), 62

Diatkine (R.), 686, 749

DICA, 138

Direction départementale de l'action
sanitaire et sociale (DDASS), 814

DISC-IV (*diagnostic interview schedule for
children*), 138

Disnan (G.), 641

Dolto (F.), 285, 731

Dopchie (N.), 708

Double subjectif (syndrome du), 13

Doulleur fœtale, 196

analgésie, 197

capacités sensorielles du fœtus, 197

clinique, 197

conséquences à long terme, 199

évaluation, 198

interruption de grossesse, 199

maltraitance prénatale, 197

prise en charge, 199

sensibilité

- du fœtus, 198

- du prématuré, 197

Droits de l'enfant, 807

Drug use screening inventory, 593

DSM (*Diagnostic and statistical manual for
mental disorders*), 137, 257, 259, 266

Duché (D.J.), 358

Duloxétine, 839

Dynamico-structurelle (approche), 407

Dysarthrie (troubles du langage), 174

Dyscalculie, 322, 337

Dysgraphie, 322

Dysharmonie

cognitive, 475

évolutive de type psychotique, 306

psychotique, 271, 275, 305, 306

Dyskinésie tardive, 845

Dyslexie, 337

Dysmorphophobie, 69

Dysorthographe, 337

Dysparcunie, 70

Dysphasie, 173, 175, 178, 799

Dyspraxie, 472

Dysrégulation (trouble), 266, 393, 394

Dyssonomie, 574

Dysthymie, 336, 561

Dystonic, 414, 845

E

Échec scolaire

dépression, 356

TDAH, 336

troubles du langage, 799

Échelle

ADHD rating scale, 328

ASAS (*Australian scale for Asperger's
syndrome*), 298

ASDS (*Asperger syndrome diagnostic
scale*), 298

de Brazelton, 112, 210

CGAS (*children global assessment
scale*), 320, 328

CGI (*clinical global impression*), 320, 328

CHAT (*checklist for autism in
children*), 174

CMS (*children memory scale*), 125

ChIP-CE (*child health and illness profile-
children edition*), 320

Conner's rating scale, 328

d'évaluation des compétences et des

comportements néonataux, 210

EDEI-R (échelle différentielle d'efficacité
intellectuelle-forme révisée), 125

GASD (*Gilliam Asperger disorder
scale*), 298

K-SADS-PL (*kiddie-schedule for affective
disorders and schizophrenia, present
and life-time version*), 328

- Likert, 162
 - MASC (*multidimensional anxiety scale for children*), 328
 - multidéterminée, 125
 - PCS (*Paddington complexity scale*), 695
 - PIR-GAS (*parent-infant relationship global assessment scale*), 266
 - SDQ (*strengths and difficulties questionnaire*), 320
 - SNAP-IV (*Swanson, Nolan and Pelham questionnaire*), 328
 - TAS (*Toronto alexithymia scale*), 587
 - W AIS-III (*Wechsler adult intelligence scale*), 125
 - WISC-IV (*Wechsler intelligence scale for children*), 125, 328
 - WPPSI-III (*Wechsler preschool and primary scale of intelligence*), 125, 328
 - YMRS (*young mania rating scale*), 390
 - Échographie obstétricale, 26, 144
 - interruption médicale de grossesse, 145
 - malformation, 145
 - relations précoce parents-enfant, 147
 - virtuel, 608
 - Écholalie, 413
 - École
 - adaptation, 38
 - buissonnière, 440
 - orthogénique (Chicago), 282
 - Eczéma
 - infantile atopique, 521
 - chez le nourrisson, 217
 - EDEI-R (échelle différentielle d'efficacité intellectuelle-forme révisée), 125
 - Éducation nationale, 724
 - classes d'intégration scolaire, 725
 - enseignant référent, 725
 - établissements régionaux d'enseignement adapté, 725
 - plan personnalisé de compensation, 724
 - projet personnalisé de scolarisation, 725
 - RASED, 725
 - sections d'enseignements généraux et professionnels adaptés, 725
 - unités pédagogiques d'intégration, 725
 - Éducation surveillée, 808
 - Égodystonic, 413
 - Égo spéculaire, 14
 - Eisenberg (L.), 340
 - Éjaculation prématurée à l'adolescence, 70
 - EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing treatment*), 455
 - Émotions (gestion des), 38, 39
 - Empathie, 8, 9, 762
 - développement de l', 14
 - attention conjointe, 15
 - autre comme être attentionnel, 15
 - compétence imitative, 15
 - construction de soi, 16
 - éveil affectif ou empathique, 15
 - jeu de faire semblant, 15
 - neurones miroirs, 15
 - perspective égocentrée, 15
 - précurseur de l'intentionnalité, 14
 - représentation d'un soi différencié, 16
 - stade du miroir de Lacan, 16
 - sympathie versus, 16
 - système
 - de l'autre, 15
 - du même, 15
 - théorie de l'esprit, 15
 - et expérience fraternelle, 12
 - Empreinte (phénomène d'), 33
 - Énaction, 47, 85, 540, 744
 - Encéphalites, 474
 - Encéphalopathies, 474
 - Encoprésie, 514, 522
 - carence affective, 525
 - névrose, 523
 - obsessionnelle, 369, 523
 - perversion, 523
 - psychopathie, 517
 - psychose infantile, 523
 - stade anal, 514
 - Enfant
 - abandonnique, 356
 - double spéculaire, 757
 - fantasmatique, 757
 - handicapé, 536
 - idéal et déception maternelle, 235
 - imaginaire, 206, 757
 - parentalisation, 144
 - migrant
 - accueil de l', 805
 - adolescent, 805
 - d'âge scolaire, 805
 - agressivité de l'enfant, 805
 - bébé, 805
 - Devereux (G.), 804
 - diversité, 804
 - interactions précoces mère-enfant, 805
 - pragmatique des métissages, 804
 - psychothérapie, 804
 - représentation de l', 804
 - rupture de l'exil, 804
 - sidération psychique, 805
 - traumatisme, 804
 - troubles du langage, 796
 - objet
 - narcissique, 757
 - œdipien, 758
 - persécuteur, 758
 - précoce, 442
 - de remplacement, 536
 - victime, 460, 463
 - Enregistrements polygraphique du sommeil, 576
 - Enseignant référent, 725
 - Entretien diagnostique
 - adaptation transculturelle, 140
 - structuré, 137
 - Entretien-R, 151
 - Énurésie
 - antidépresseurs tricycliques, 834
 - névrose
 - hystérique, 368
 - obsessionnelle, 369
 - TDAH, 336
 - Épilepsie, 274
 - Épisode dépressif majeur, 560
 - voir aussi Dépression
 - Équation symbolique, 284
 - Équifinalité, 763
 - Équivalent suicidaire, 569
 - Erikson (M.), 761
 - Éros, 629
 - Espagne (organisation des services), 659
 - associations
 - de familles, 659
 - professionnelles, 664
 - co-morbidité, 661
 - psychopathologiques, 662
 - consultations ambulatoires de traitements intensifs, 660
 - coordination psychiatrie-pédiatrie, 660
 - critères diagnostiques, 663
 - diagnostic
 - professionnel, 662
 - structurel, 661
 - symptomatique, 661
 - formation, 663
 - hôpitaux de jour, 660
 - intervention thérapeutique, 661
 - judiciarisation des comportements, 663
 - médecine fondée sur les preuves, 662
 - modèles de compréhension, 660
 - politique
 - de coordination, 659
 - d'intégration, 659
 - problèmes liés à l'adolescence, 660
 - programmes spécifiques de traitement, 660
 - psychiatrie biologique, 663
 - psychothérapie psychanalytique, 739
 - réduction du coût sanitaire, 663
 - soins ambulatoires, 659
 - spécialité spécifique, 664
 - titre de spécialité, 663
 - troubles psychiatriques graves, 659
 - unités d'hospitalisation pour adolescents, 660
- Estime de soi, 38, 336, 364
- Établissement
 - médicosocial, 721
 - de placement éducatif (EPE), 813
 - et d'insertion (EPEI), 813
 - régional d'enseignement adapté, 725
- Ethnopsychanalyse, 804
- Ethnopsychiatrie, 626
- Évaluation
 - clinique, 109
 - analyse sémiologique, 110
 - arbre généalogique, 111
 - assistante sociale, 117
 - consultation transculturelle, 116
 - échelle de Brazelton, 112
 - évitement, 114
 - inhibition, 114
 - instabilité, 113
 - orthophoniste, 117
 - parents, 110
 - père, 110
 - phobie scolaire, 113, 114
 - psychologue, 117
 - psychomotricien, 117
 - scolarité, 113
 - sensorimotrice, 112

870 INDEX

- Évaluation (*suite*)
- trouble oppositionnel avec provocation, 113
 - du jeune enfant, 188
 - psychopathologique structurelle, 169
 - affects, 171
 - classification, 169
 - **Cramer (B.)**, 170
 - fonctions du moi, 171
 - **Freud (A.)**, 170
 - grille d'évaluation (statut mental), 170
 - intégrative, 170
 - **Nagera (H.)**, 170
 - pulsions, 171
 - relation d'objet, 170
 - structure, 170
 - surmoi, 171
 - vie fantasmatique, 171
- Examen
- neuropsychologique, 124
 - approche intégrative, 129
 - autisme, 126
 - cognition sociale, 129
 - développement, 124
 - figure de Rey, 127
 - projet individualisé, 126
 - rencontre interpersonnelle, 129
 - syndrome d'Asperger, 127
 - psychologique, 120
 - CAT (*children aperception test*), 122
 - **Chiland (C.)**, 120
 - conflits, 122
 - dessin, 122
 - fantasmes, 122
 - psychogramme, 122
 - *séno test*, 122
 - test de Rorschach, 122
 - *thematic aperception test*, 122
 - sensoriomoteur, 131
 - causalité, 133
 - cognitif, 131
 - corporel, 131
 - développemental, 131
 - émotionnalité, 132
 - instrumental, 131
 - interactions, 133
 - polyhandicap, 136
 - posture, 133
 - praxies, 135
 - subjectivité, 132
 - vidéo, 134
 - **Wallon (H.)**, 133
- Exhibitionnisme, 21
- Exploitation de mineurs, 457
- Expression émotionnelle (troubles mixtes de l'), 190
- Externalisation, 550
- Externat médicopédagogique, 784
- Eyberg (S.M.)**, 777
- F
- Facteurs intrinsèques/externalisés, 423
- Famille
- « barricadée », 247
 - « coarctée », 247
 - « déprimée », 247
 - « désorganisée », 247
 - dysfonctionnelle, 246
 - « litigieuse », 247
- Fantasmes, 92, 122
- Farrate (C.), 584
- Fatigue chronique (syndrome de), 444
- Fava Vizziello (G.), 148, 239, 641
- Fédida (P.), 736
- Felder (W.), 686
- Ferenci (S.), 730
- Ferrari (P.), 3, 21, 77, 83, 205, 212, 272, 282, 288, 291, 355, 534, 560, 756, 784, 800, 821, 827, 832
- Fétichisme, 71, 86
- Figure de Rey, 127
- Filiation, 542
- Fœtus
- parentalisation, 144
 - sensorialité, 26
 - compétences olfactives et gustatives, 27
 - perception visuelle, 28
 - sensibilité
 - auditive, 28
 - chimique orale et nasale, 27
 - proprioceptive, 27
 - somesthésique, 27
 - vestibulaire, 27
- Fogel (A.), 9
- Folstein (S.), 292
- Fombonne (E.), 355
- Fonagy (P.), 424, 737
- Fonction(s)
- attentionnelles, 126
 - cognitives, 124
 - exécutives, 126
- Fontaine (P.), 708
- Fortresse vide (La)*, 282
- Fraiberg (S.), 742
- France (organisation des services), 718
- accueil thérapeutique familial, 721
 - agences régionales de santé, 719
 - allocation d'éducation
 - pour enfant handicapé, 723
 - spéciale, 721
 - centre
 - d'accueil thérapeutique à temps partiel, 720
 - d'action médicosociale précoce, 723, 724
 - médicopsychologique, 720
 - médico-psycho-pédagogique, 723
 - commission
 - départementale d'éducation spécialisée, 721
 - des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, 723
- Éducation nationale, 724
- établissements médicosociaux, 721
- hospitalisation
- à domicile, 721
 - de jour, 720
 - de nuit, 721
 - à temps plein, 721
 - instituts
 - médico-éducatifs, 721
 - médicopédagogiques, 721
 - thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, 723
 - maison départementale des personnes handicapées, 719, 723
 - protection judiciaire et sociale de l'enfance, 807
 - psychothérapie psychanalytique, 739
 - scolarisation de l'enfant, 718
 - secteur(s)
 - médicosocial, 718
 - psychiatrique, 718
 - psychiatrique infantojuvénile, 719
 - SESSAD, 719, 723
- Fraternel(le)
- double fraternel, 22
 - homosexualité narcissique, 22
 - image spéculaire du moi, 22
 - moi idéal, 22
 - expérience
 - activité de penser, 12
 - analogon de soi, 13
 - contagion mimique, 14
 - double incarné, 13
 - égo spéculaire, 14
 - et empathie, 12
 - - développement de l', 14
 - enveloppe bidimensionnelle, 14
 - héautoscopie, 14
 - imitation, 12
 - jalousie, 12, 14
 - jeu imitatif, 13
 - mise en acte de la spécularité, 14
 - personnalités
 - - alternantes ou multiples, 14
 - - interchangeables, 13
 - relation spéculaire, 12
 - rivalité, 12
 - sociabilité synchrétique et mimétique, 13
 - syndrome de Capgras et Reboul-Lachaux, 13
 - syndrome du double subjectif, 13
 - syndrome d'illusion
 - de Fregoli, 13
 - d'intermétamorphose et de charme, 13
 - tirs, 12
 - transitivity, 13
- Klein (M.), 24
- Laplanche (J.), 25
- psychanalytique, 21
- interdit de l'inceste, 21
 - rivalité, 24
 - **Adler (A.)**, 24
 - **Anzieu (D.)**, 24
 - triangle rivalitaire, 25
- Fratricide, 23
- meurtre du père primitif, 23
 - objet narcissique de la mère, 23
 - rivalité fraternelle, 24
- Freemann (B.J.), 274
- Fregoli (syndrome d'illusion de), 13
- Frère comme intrus/obstacle au désir, 22
- Freud (A.)**, 5, 170, 356, 366, 736
- Freud (S.)**, 21, 385, 489, 730, 734

Frigidité à l'adolescence, 20
Frisch-Desmaretz (Ch.), 698, 729
Frisch (S.), 729

G

GADS (*Gilliam Asperger disorder scale*), 298
Gavage, 489
Génétique (consultation de), 655
Geniche (K.), 62
Généralité, 66
Genre identitaire, 60
Gilles de la Tourette (syndrome de), 374, 413
akathisie, 414
chorée, 414
co-morbidité, 414, 415
critères, 413
dystonic, 414
épidémiologie, 414
hyperactivité, 415
impulsivité, 415
neuroleptiques, 416, 417
parasomnie, 415
parkinsonisme, 414
prise en charge, 415
stimulation cérébrale profonde, 417, 418
syndromes obsessionnels-compulsifs, 409, 415
technique d'inversion des habitudes, 416, 418
trouble(s)
– déficitaire de l'attention avec hyperactivité, 322, 415
– du sommeil, 415
Goldwyn (R.), 153
Golse (B.), 224, 275, 279, 742
Gonçalves (M.J.), 666
Graham (P.J.), 777
Grande-Bretagne (organisation des services), 691
CAMHS, 691
Children Act, 693
Children's Trusts, 693
Every Child Matters, 693
HONOSCA, 695
Looked After Children, 691
National Service Framework for Children, 693
play therapists, 692
prévention, 692
prise en charge éducative des enfants autistes, 790
psychothérapie psychanalytique, 739
Grèce (organisation des services), 677
ateliers protégés, 678
centres
– communautaires de santé mentale, 679
– médicopédagogiques, 679
– communautaires, 678
CFTMEA, 683
CIM-10, 683
désinstitutionnalisation, 677
DSM-IV, 683
formation, 679, 683
hospitalisation, 678

liaison avec la pédiatrie, 678
ouverture à la communauté, 677
pratique privée, 680
programmes de recherche, 679
psychanalyse, 681
psychiatrie communautaire, 679
psychopathologie du bébé, 681
psychothérapies, 681
psychotropes, 682
recherche, 683
sectorisation, 677
services
– extrahospitaliers, 680
– de réhabilitation, 680
– spécialisés en psychiatrie de l'adolescent, 678
systèmes classificatoires, 683
unité mobile de Focide, 679
urgences, 678
Green (A.), 359, 731
Green (R.S.), 489
Grille d'évaluation (statut mental), 170
Grossesse
accompagnement du père pendant la, 78
à l'adolescence, 73
– déni, 74
– interactions précoces mère-bébé, 75
– interruption volontaire, 74
– interruption spontanée, 74
– prématurée, 73
désir de, 196
interruption de, 199, 200
– législation, 200
– pour raison fœtale, 200
– pour raison maternelle, 200
– vécu des frères et sœurs, 201
Guattari (F.), 751
Guédeney (N.), 30
Guex (G.), 356
Guidance parentale, 766
Guillaud-Bataille (J.M.), 355

H

Haag (G.), 285, 788
Haffter (C.), 686
Halfon (O.), 686
Hallucination(s)
hypnagogiques, 576
négative, 86
Hallucinogènes, 585
Hampstead Clinic, 736
Handicap (annonce d'un), 830
Handling, 5
Hans, 366, 368
Haslam (J.), 377
Hayez (J.-Y.), 457
Héautoscopie, 14
Hikikomori, 444
Hochmann (J.), 279, 284, 748
Holding, 5, 425
Homosexualité, 22, 70
Honte à l'adolescence, 70
Hospitalisation
accueil familial thérapeutique comme alternative à l', 721

conjointe mère-bébé (unités d'), 721
à domicile, 721
de jour, 720, 784
de nuit, 721
à temps plein, 721
Hospitalisme, 220, 221
Hug-Hellmuth (H.), 731
Humeur (troubles de l'), 335, 578
Hydroxyzine, 581
Hyperactivité, 314, 334, 415
associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, 271
troubles de la parentalité, 539
voir aussi Déficit de l'attention avec hyperactivité (trouble)
Hypercinsie, 431
Hyperphagie boulimique, 489, 490
Hyperprolactinémie, 844
Hypersomnie, 576
Physiologie, 574
Hypnotiques, 585
Hypocondrie, 368

I

Idéal du moi, 7, 22, 372, 538, 550, 561, 564
Idées suicidaires, 557, 560
Identification, 19
Identité sexuelle
adolescence, 61
angoisse de castration, 61
« atypie », 62
développement de l', 60
hyperplasie congénitale des surrénales, 62
insensibilité complète aux androgènes, 62
intersexuation, 61
prostitution, 63
sentiment d'appartenance à un, 62
sexe d'assignation, 62, 63
trajectoire transsexuelle, 63
transformation hormonochirurgicale, 63
transsexualisme, 61, 63
Illusion
de Fregoli (syndrome d'), 13
d'intéromorphose et de charme (syndrome d'), 13
Image du corps, 6, 66, 206, 344, 490, 491, 534
Image de soi, 61, 369
Imaginaire et virtuel, 91
Imago
maternelle archaïque, 771
de la mère morte, 359
surmoïque, 801
Imitation, 19
Impuissance à l'adolescence, 70
Impulsivité, 314, 334, 415
Inattention, 314
Inceste (interdit de l'), 6, 21
Inhibiteurs
de la monoamine oxydase, 838
sélectif(s) de la recapture de la sérotonine, 835
– effets indésirables, 837
– phobies, 446

872 INDEX

- Inhibiteurs (*suite*)
- suicide et, 837
 - TOC, 411
- Inhibition, 356
- Inquiétante étrangeté, 145
- Insomnie(s), 576
- commune précoce, 517
 - du premier trimestre, 216
 - communes, 216
 - graves, 217
- Instabilité motrice, 333
- Institut(s)
- médico-éducatif, 477, 721
 - médicopédagogique, 721
 - thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, 723
- Intégration sensorielle (trouble de régulation de l'), 190
- Intelligence (détérioration de l'), 655
- Interactions
- affectives, 81
 - accordage affectif, 81
 - « mère morte », 82
 - factomaternelles, 195
 - biologiques, 195
 - désir de maternité, 196
 - échographie obstétricale, 147
 - intru en soi, 196
 - narcissique, 196
 - placentologie, 195
 - psychiques, 195
 - relation objectale, 196
 - transparence psychique, 195
 - parents-enfant, 30, 158
 - dépression, 565
 - psychothérapie psychanalytique, 742
 - remaniements, 40
 - précoces, 205
 - accordage affectif, 207
 - appréciation des, 209
 - auditives et langagières, 207
 - comportementales, 207
 - comportements d'attachement, 206
 - enfant imaginaire, 206
 - états affectifs de la mère, 205
 - fantasmatiques, 208
 - grossesse chez une adolescente, 75
 - interactions affectives, 207
 - investissement du nouveau-né, 206
 - mère déprimée, 208
 - modifications de l'image du corps chez la mère, 206
 - du nouveau-né, 6
 - olfactives, 207
 - père, 208
 - préoccupation maternelle primaire, 206
 - système auditif, 205
 - système olfactif, 205
 - tenue et posture, 207
 - travail de deuil et de séparation, 206
 - troubles des, 208
 - échelle d'évaluation des compétences et des comportements néonataux, 210
 - effet thérapeutique de la consultation, 210
 - excès de stimulations, 209
 - manque de stimulations, 209
 - thérapies mère-bébé, 210
 - troubles psychosomatiques, 517
 - vécu de l'accouchement, 206
 - vie imaginaire et fantasmatique de la mère, 205
- Interdépendance, 762
- Interfantasmatisation, 82
- Internet (addiction à), 586
- Intersexualité, 71
- Intersexualité, 61
- Intersubjectivité, 8, 762
- Intru en soi, 196
- Inversion des habitudes (technique d'), 416, 418
- Irritabilité, 386
- Italie (organisation des services), 641
- adoption, 645
 - assistants sociaux, 644
 - centres
 - d'accueil thérapeutique, 645
 - de détention juvéniles, 645
 - de jour, 645
 - ouverts, 645
 - pour parents et enfants, 645
 - Classification internationale du fonctionnement, 646
 - communautés-logement, 645
 - communication avec la famille, 653
 - concept de compromission, 651
 - consultation
 - de liaison, 642
 - et traitement, 642
 - éducation sexuelle, 645
 - groupes-appartenance, 645
 - guidances, 643
 - pour le planning familial, 642, 645
 - handicap, 646
 - hospitalisation, 642
 - inclusion-intégration, 646
 - pour les populations issues du flux migratoire, 657
 - institutions d'accueil à temps partiel, 642
 - intégration scolaire, 647, 648
 - loi de réforme sanitaire nationale, 641
 - niveaux essentiels d'assistance, 643
 - Opera nazionale maternità e infanzia, 641
 - prise en charge du post-partum, 645
 - projet éducatif individualisé, 646
 - protection
 - des enfants en danger, 645
 - de la parentalité, 645
 - psychothérapie psychanalytique, 739
 - qualité de vie, 647
 - rapport avec l'école, 644
 - rééducateurs, 643
 - regard sur l'adolescence, 643
 - séparation/divorce, 645
 - services
 - pour adolescents, 644
 - hospitaliers, 644
 - soutien à la parentalité, 642
 - toxicomanes, 645
 - tribunaux pour mineurs, 643
 - troubles de la participation, 651
- Itard (J.M.G.), 272
- J
- Jalousie (drame de la), 14
- Jambes sans repos (syndrome des), 577
- Jammet (N.), 120
- Jammet (Ph.), 544, 550, 551, 564, 566
- Jeu(x), 111
- dangereux, 443
 - de faire semblant, 15
 - imitatif, 13
 - réduction du temps de, 92
 - vidéo, 617
- Juge des enfants, 807, 808
- Jumcau imaginaire, 22
- K
- KADI (*Krug Asperger's disorder index*), 298
- Kahlbaum (K.L.), 377
- Kanner (L.), 272, 297, 379
- Kendall (P.K.), 777, 778
- Keren (M.), 100
- Kernberg (O.), 341, 401, 539, 556
- Kernberg (P.F.), 401, 423
- Kernberg (E.), 550
- Klein (M.), 3, 24, 272, 283, 342, 360, 366, 385, 426, 539, 736
- Kleine-Levin (syndrome de), 483, 576
- Kloekner (A.), 131
- Kochman (F.), 408
- Kraepelin (E.), 377, 385
- Kreisler (L.), 222, 430
- K-SADS-PL (*kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia, present and life-time version*), 138, 139, 319, 328, 387
- L
- Lacan (J.), 12, 14, 16, 285, 550
- Lamotrigine, 391
- Landau-Kleffner (syndrome de), 173, 183
- Langage, 46, 173
- actes de langage, 52
 - ajustement à l'interlocuteur, 53
 - approche intégrative, 46
 - aspects
 - computationnels, 47
 - conceptuels, 47
 - socio-informationnels, 47
 - autocorrections, 54
 - babillage, 48
 - bilinguisme, 796
 - capacité
 - grammaticale, 46
 - lexicale, 46
 - pragmatique, 46
 - causalité, 51
 - communication, 795
 - avec un interlocuteur
 - familier, 796
 - inconnu, 795
 - non verbale, 796
 - qualité de la, 795

- verbale, 795
- compétence pragmatique, [54](#)
- concept d'énaction, [47](#)
- construction du, [54](#)
- coordination, [50](#)
- co-référence pronominale personnelle, [51](#)
- décalage réception/production, [48](#)
- découverte des mots, [47](#)
- degré d'incitation, 795, 796
- développement, [51](#)
- domaines « modulaires », [46](#)
- écrit, [46](#), 180, 795, 798
- expression écrite, 798
- lecture, 798
- test de TELCP, 798
- encapsulation, [56](#)
- évaluation de la compréhension des messages échangés, [53](#)
- de la famille, 796
- familles non francophones, 796
- feedbacks adultes, [55](#)
- illocutoire, [50](#)
- interaction avec la cognition, [55](#)
- lexique, [49](#)
- maîtrise de l'acquisition, 795, 796
- mémoire de travail et, [52](#)
- morphosyntaxe, [50](#)
- oral, 173, 795
- déficit auditif, 797
- examen du, 797
- plan phonétique, 797
- plan sémantique, 797
- plan syntaxique, 798
- troubles spécifiques du (TSDLO), 175, 178
- conscience phonologique, 180
- conversion graphèmes-phonèmes, [181](#)
- formes réceptives, 179
- mémoire de travail, 180
- motricité fine, [182](#)
- phonologiques, 179
- pragmatiques, 174, 180
- programmation phonologique, 180
- syntaxiques, 179
- trouble lexical-syntaxique, 180
- voix d'assemblage, [181](#)
- organisation
- cérébrale, [57](#)
- lexicale de la mémoire, [56](#)
- parole, [46](#)
- pertinence pragmatique, [54](#)
- phrase, [50](#)
- plasticité cérébrale, [58](#)
- pragmatique, [51](#)
- production discursive, [48, 51](#)
- prosodie, [47](#)
- réception, [47](#)
- pré- et périnatale, [47](#)
- retard de, 336, 797, 799
- simple, 175
- stades d'acquisition, 796
- subordination, [50](#)
- sujets de conversation, [52](#)
- et symbolique, [56](#)
- théorie
- du bootstrapping, [46](#)

- motrice de la parole, [55](#)
- troubles du, 173
- associés, 796
- autisme, 273, [289](#)
- BREV (batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives), 174
- CHAT (*checklist for autism in children*), 174
- dysarthrie, 174
- dysphasies, 799
- échec scolaire, 799
- PER 2000 (protocole d'évaluation rapide), 174
- phonologiques, 175
- repérage, [795](#)
- syndrome de Landau-Kleffner, 173, [183](#)
- type expressif, 175
- type mixte réceptif-expressif, 175
- versus parole, 795

Lang (J.L.), 361, 749

Laplanche (J.), [25](#)

Lasa Zulucta (A.), [338](#), 659

Lasègue (G.H.), 489

Lausanne *trilogue play*, 160, 162, 764

codage micro-analytique, 764

co-parentalité, 161

grossesse, 161

représentations, 161

Stern (D.N.), [163](#)

Lauth (B.), 137, 469, 839

Lazaratou (H.), 677

Lebovici (S.), [288](#), 366, 540, 749

Le Heuzey (M.-F.), 437

LeLord (G.), 791

Leucodystrophie, 381, 474

Leveau (J.), 778

Libido, 369, 390

Lidz (Ph.), 550

Lien fraternel, [12](#)

Likert (échelle), 162

Lithium, 391

Lord (C.), [289](#)

Lovaas (I.), 791

Luxembourg (organisation des services), 698

Alupse-dialogue/Alupse-bébé, 704

associations de parents, 702

attributs de l'autorité parentale, 700

centres

- autisme, 703

- de médiation familiale, 704

- de pédopsychiatrie général et pluridisciplinaire, 702

- de psychologie et d'orientation scolaire, 703

- thérapeutiques, 704

Comité luxembourgeois des droits de l'enfant, 698, 700

consultation

- et aide psychomotrice, 703

- ambulatoire, 702

- psychosociale et d'aide aux parents, 703

dépistage audiométrique, 702

écoute téléphonique, 702

équipes psychopédagogiques, 699

formation continue, 702

interdisciplinarité, 701

intervention en milieu ouvert, 704

loi

- d'aide à l'enfance et à la famille, 700
- relative à la protection juridique de la jeunesse, 700

médecine scolaire, 702

mineurs en prison, 706

multifactorialité des causes, 701

placements à l'étranger, 705

planning et consultation familiale, 703

réforme de la psychiatrie infantile, 701

scolarisation des enfants à besoins éducatifs spéciaux, 699

secteur ambulatoire, 702

secteur semi-résidentiel, 702

service(s)

- d'aide précoce, 702
- de dépistage et d'orientation, 702
- de détection et d'intervention précoce, 702
- de guidance régionalisés, 701
- d'intervention précoce, 701
- national fermé pour jeunes en difficultés, 705
- national de pédopsychiatrie, 704
- national de psychiatrie juvénile, 701, 704
- de pédiatrie, 705
- pour toxicomanes, 703

statut du psychothérapeute, 702

structures

- d'accueil résidentiel, 705
- ambulatoires pour problématiques spécifiques, 702
- de consolidation, 701
- hospitalières pédopsychiatriques, 701
- troubles du langage, 702

M

Mahieu-Caputo (D.), 196

Mahler (M.S.), [5](#), 283

Main (M.), 153

Maison départementale des personnes handicapées, 719, 723

Maladie(s)

annonce d'une, 653, 830

chroniques, réactions psychologiques, 534

- angoisse de mort, 536

- attitudes

- hyperprotectrices, 536

- régressives, 535

- capacités

- d'illusion anticipatrice, 536

- maternelles, 536

- culpabilité

- chez l'adolescent, 535

- chez les parents, 536

- déni de la maladie, 535

- dépendance, 535

- désinvestissement, 536

- désirs mortifères, 536

- deuil

- anticipé, 536

- de l'enfant disparu, 536

- Maladie(s) (*suite*)
- enfant
 - handicapé, 536
 - de remplacement, 536
 - hypermaturation, 536
 - idée de néantisation, 536
 - image narcissique du corps, 534
 - impensable, 535
 - inhibition intellectuelle, 535
 - intrusion du regard d'autrui, 535
 - issue fatale, 536
 - masochisme familial, 536
 - moment de l'agonie, 536
 - mort d'un enfant, 536
 - narcissisme maternel, 536
 - partie souffrante du corps familial, 536
 - passivité, 535
 - persécuteur interne, 534
 - processus de deuil anticipé, 536
 - rivalité fraternelle, 536
 - scotomes intellectuels, 535
 - secret systématique, 536
 - sentiment d'isolement, de solitude, d'abandon, 536
 - statut narcissique, 536
 - surmoi, 535, 536
 - dysmétaboliques, 652
 - létales (accompagnement des enfants), 828
 - neurométaboliques, 380
 - rares à expression psychiatrique, 501
 - diagnostic fonctionnel, 501
 - dimension développementale, 503
 - microdélétion 22q, 502
 - syndrome de Prader-Willi, 501
 - somatiques, 357, 562
 - voir aussi Troubles psychosomatiques
- Malagoli Togliatti (M.), 761
- Male (P.), 743
- Malformation (annonce d'une), 145
- Mallory-Wais (syndrome de), 486
- Maltraitance
- à enfant, 809, 816
 - à fœtus, 202
 - dépression maternelle, 202
 - « haine » du fœtus, 202
 - syndrome d'alcoolisme, 202
 - par toxiques, 202
 - par violence et coups, 202
 - physique, 457
 - prénatale, 197
 - psychologique, 457
 - sexuelle, 72
 - voir aussi Sévices infligés aux mineurs, 457
- Maniaques (symptômes), 386, 394
- Mannoni (M.), 285, 731
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, voir DSM
- Manzano (J.), 169, 401, 538, 686
- Marcelli (D.), 355, 551
- Marks (I.), 584
- MASC (*multidimensional anxiety scale for children*), 328
- Masteron (J.F.), 556
- Maternité, 80
- ambivalence, 81
 - développement et mise en place, 80
 - frustration, 81
 - identification projective, 81
- Maternel(le)
- fonction alpha, 81
 - séduction, 82
- Maternité (désir de), 196
- Maternity blues, 245
- Matot (J.-P.), 708
- Mazet (Ph.), 219, 288
- MCDD (*multiplex complex developmental disorder*), voir Trouble(s) multiples et complexes du développement
- MDI (*multidimensionally impaired group*), 305, 379
- Mélancoie, 224, 235
- Mélanine, 581
- Meltzer (D.), 2, 284, 285
- Mémoire
- encodage, 128
 - implicite, 128
 - organisation lexicale, 56
 - rééducation, 128
 - de travail et langage, 57, 180
- Mère
- capacité de rêverie, 235
 - déception d'une, 235
 - dépressive, 248
 - interactions précoces, voir Interactions précoces
 - paranoïaque, 249
 - psychotique, 248
 - schizophrénique, 249
- Mérycisme, 213, 214, 510, 511
- bulimie, 491
 - carence affective, 215
 - déprivation maternelle, 215
 - personnalité pathologique de la mère, 215
- Métacognition, 40
- Méthylphénidate, 332, 338, 581, 846
- MFFT (*matching familiar figure test*), 328
- Microdélétion 22, 380, 502
- Migrants, 625
- Migration, 67, 657
- Mille (C.), 109
- Minkowski (E.), 377
- Minuchin (S.), 553, 765
- Mirlasse (V.), 26
- Mises (R.), 306, 749
- Missonnier (S.), 607
- Modèle opérant
- généralisé, 37
 - interne, 36, 41
- Moi, 4, 6, 22, 171, 373, 629
- évaluation psychopathologique structurelle, 171
 - image spéculaire du, 22
- Moi-peau, 788
- Money (J.), 62
- Moreno (J.L.), 769
- Morisod-Harari (M.), 448
- Morgenstern (S.), 731
- Moro (M.-R.), 625, 804
- Mort, 628
- Motricité fine, 182
- Münchhausen (syndrome de) par procuration, 462
- N
- Nagera (H.), 170
- Nanisme psychosocial, 250
- Narcissisme, 374, 402, 404, 429, 492, 536, 538, 539, 550, 564, 608, 614, 733
- Narcolepsie, 576
- Narration/narrativité
- consultation thérapeutique, 800
 - et institution, 753
 - parentalité, 150, 151
- Naville (F.), 686
- Négligence intentionnelle, 457
- Néophobie alimentaire, 438
- NEPSY (batterie neuropsychologique), 125
- Neuburger (R.), 550
- Neuroleptiques
- autisme, 793
 - syndrome de Gilles de la Tourette, 416, 417
 - syndrome malin des, 845
 - troubles bipolaires, 392
- Neurones miroirs, 9, 15, 246
- Neuropsychologie, 173
- Névrose, 489
- angoisse, 427
 - dépression de l'adolescent, 560
 - hystérique, 368
 - éncoprie, 368
 - éncurie, 368
 - image de soi, 369
 - simulation, 368
 - infantile, 366
 - obsessionnelle, 369
 - angoisse de castration, 369
 - bégayement, 369
 - éncoprie, 369, 523
 - éncurie, 369
 - libido, 369
 - Pandas, 369
 - régression, 369
 - surmoi, 370
 - tics, 369
 - phobique, 367
 - angoisse
 - de l'étranger, 368
 - de séparation, 367
 - peur du noir, 368
 - phobie
 - simple, 367
 - sociale, 367
 - schizoparanoïde, 368
 - Spitz (R.), 368
 - structure, 340
- Nicotine, 585
- Niemann-Pick (maladie de), 381
- NIMH-DISC-IV (*National Institute of Mental Health-diagnostic interview for children and adolescents*), 138
- Niveau intellectuel, 469
- Non-compliance, 632
- NORC diagnostic screen, 586
- Nuyssens (Pr), 708

- O**
- Obésité, 490, 493
- Objet(s)
- d'attachement, 564
 - épistémique, 83
 - libidinal, 83
 - transgénérationnel, 801
- Obsession, 369, 408
- Ocytocine, 34
- Onanophilie, 69
- Opiacés, 585
- Oppenheim (D.), 628
- Ornitz (E.), 792
- Orthophonie, 117, 175, 754, 792
- Oury (J.), 750
- P**
- Pairs
- comme figures d'attachement, 40
 - relations avec les, 39, 40
- Palacio Espasa (F.), 366, 401, 432, 538, 686, 731
- Palau Subiela (P.), 506
- Pandas, 369, 410
- Panique, 431
- Paralysie(s)
- cérébrale, 174
 - du sommeil, 576
- Paranévrotiques (symptômes), 422
- Paranoïa
- chez la mère, 249
 - parent atteint de, 241
- Parasomnie, 574, 577
- Pare-excitation, 84, 517, 771, 785
- Parentalisation, 144
- enfant imaginaire, 144
 - fœtus, 144
 - narcissisme, 145
 - transculturelle, 144
 - transgénérationnelle, 144
- Winnicott (D.W.), 146
- Parentalité, 148, 538, 756
- accouchement, 152
 - anacritique, 540
 - anorexie, 539
 - attachement, 155
 - classifications, 149
 - complexe d'Œdipe, 538
 - consultation thérapeutique, 540
 - contre-identification, 539
 - co-parentalité, 764
 - deuil développemental, 540
 - énaction, 540
 - enfant double spéculaire, 757
 - fantasmatique, 757
 - imaginaire, 757
 - objet
 - narcissique, 757
 - œdipien, 758
 - persécuteur, 758
 - épistémologie, 149
 - évaluation, 757
 - filiation, 542
 - fonction parentale, 757
 - grossesse, 152
 - hyperactivité, 539
 - idéal du moi, 538
 - idéalisation, 152
 - identifications projectives, 541
 - intersubjectivité, 148
 - investissement libidinal, 538
 - narcissique, 757
 - objectal, 757
- Kernberg (O.), 539
- Klein (M.), 539
- Lebovici (S.), 540
- lien parental, 756
- mandats transgénérationnels, 756
- maternité, 152
- modalités d'investissement, 756
- modèle identificateur, 152
- narcissisme, 538, 539
- narrations, 150, 151
- parents malades mentaux, 241
- personnalité de l'enfant, 756
- post-partum, 152, 541
- pressions fantasmatiques, 539
- projections transférentielles, 541
- psychopathologie, 149
- relations parents-enfant, 538
- précoces mère-enfant, 152
- réparation du narcissisme, 759
- représentations, 150, 151
- scénarios de la, 244
- self, 539
- Spitz (R.), 540
- squiggle, 540
- thérapie brève mère-enfant, 541
- transmission générationnelle, 540, 542
- Winnicott (D.W.), 540
- Parenté, 756
- Parents
- compétences, 148
 - interactions, voir Interactions parents-enfant
 - malades mentaux et leurs enfants, 239
 - accordage affectif, 245
 - adaptation réciproque optimale, 245
 - attachement, 245
 - changement de structure, 246
 - classification diagnostique 0-3, 240
 - Classification internationale du fonctionnement, 240
 - dépression
 - majeure du post-partum, 245
 - maternelle, 245
 - désorganisations et réorganisations des modalités interactives, 246
 - dysfonctionnement communicatif, 247
 - enfants adoptés, 243
 - faiblesse mentale, 242
 - famille
 - « barricadée », 247
 - « coercée », 247
 - « déprimée », 247
 - « désorganisée », 247
 - dysfonctionnelle, 246
 - « litigieuse », 247
 - fragmentation/discontinuité des soins, 251
 - intersubjectivité, 246
 - jumaux, 243
 - maternité blues, 245
 - mère déprimée, 248
 - mère schizophrène, 243
 - modèle transactionnel, 245
 - multiplicité du risque, 245
 - nanisme psychosocial, 250
 - neurones miroirs, 246
 - paranoïa, 241, 249
 - pathologie paternelle, 250
 - programmes de prévention, 250
 - psychose, 241, 248
 - régulation réciproque, 245
 - réseau de ressources de soins, 250
 - résilience, 239
 - scénarios de la parentalité, 244
 - schizophrénie chez la mère, 249
 - syndrome d'aliénation mentale, 240
 - « pandismaturatif », 243
 - théorie de l'esprit, 246
 - transmission transgénérationnelle, 244
 - troubles borderline, 242
 - « spécifiques de la parentalité », 241
 - vulnérabilité, 239, 243
- travail avec les, 756
- alliance thérapeutique, 759
 - blessure narcissique, 758
 - conflictualité conjugale, 758
 - diagnostic, 757-759
 - évaluation, 757, 758
 - illusion anticipatrice, 758
 - lien conjugal, 757, 758
 - modalités d'investissement de l'enfant, 757
 - nature du lien conjugal, 757
 - penser l'enfant, 759
 - projections des parents, 758
 - récit des parents, 758
 - réparation du narcissisme de la parentalité, 759
 - sens de la démarche thérapeutique, 757
 - souffrance intrapsychique, 758
 - thérapeute comme dépositaire de la souffrance intrapsychique de l'enfant, 759
- Parent training, 329
- Parkinsonisme, 414
- Parole (théorie motrice de la), 55
- Parricide (fantasme de), 80
- Parasomnie, 415
- Participation (troubles de la), 651
- Passage à l'acte, 550
- Paternalité, 77
- Paternel(le),
- fonction, 78
 - fantasme de parricide, 80
 - inscription dans la mortalité, 80
 - limitante, 79
 - séductrice, 79
 - vertébrante, 79
 - identité, 77
 - accompagnement pendant la grossesse, 78
- PBI (parental bonding instrument), 427
- PCS (Paddington complexity scale), 695

- Pédopsychiatrie de liaison, 827
 accompagnement des enfants atteints de
 maladie létale, 828
 annonce d'une maladie, 830
 consultant, 829
 consultations conjointes, 829
 co-pensée, 830
 décryptage du sens, 828
 néonatalogie, 827
 personnel soignant de pédiatrie, 829
 processus psychiques de la guérison, 830
 puérpéralité, 827
 recherche, 830
 travail d'historicisation, 828
- Pelade chez le nourrisson, 218
- Pensée (érotisation de la), 86
 naissance de la, 86
 rigidité et inertie des opérations de, 472
- PER 2000 (protocole d'évaluation
 rapide), 174
- Perception, 84
- Père
 atteint de troubles mentaux, 250
 fonction de liaison, 208
 – séparation, 208
 identification, 79
 imaginaire, 77
 symbolique, 77
- Perfectionnisme, 442
- Période de latence, 7
- Personnalité
 alternante, 14
 antisociale, 403
borderline, 344, 403, 423, 556
 – addiction, 587
 – anxiété, 557
 – attachement, 558
 – autodestructivité, 558
 – clivage, 556
 – conflits œdipidiens, 374
 – déni, 556
 – *diagnostic interview for borderline*, 556
 – hypomanie, 403
 – idéalisation-dévalorisation, 556
 – idées suicidaires, 557
 – identification projective, 556
 – impulsivité, 557
 – instabilité, 557
 – Kernberg (O.), 556
 – Masterson (J.F.), 556
 – psychothérapie, 558
 – trouble(s)
 – bipolaire, 388
 – – déficitaire de l'attention avec
 hyperactivité, 339
 – identitaires, 557
 caractéristique, 405
 créative, 406
 évitante, 405
 multiple, 14
 narcissique, 343, 402-404
 obsessionnelle-compulsive, 405
 stade des, 13
 schizoïde, 305, 410
 schizoparanoïde, 402
 schizotypique, 305, 401
- symbolique, 402, 403
 troubles de la, 401
 – approche dynamico-structurelle, 407
 – attachement, 406
 – autisme, 274
 – bébé, 403
 – classification diagnostique 0-3, 403
 – clivage, 402
 – défenses maniaques, 404, 405
 – déni, 402, 403
 – détachement, 406
 – identification projective, 404
 – Kernberg (O.), 401
 – Kernberg (P.), 401
 – psychose infantile, 402
 – pulsions
 – – épistémophiles, 406
 – – libidinales, 405
 – – retard cognitif, 402
 – Schneider (K.), 401
- Perte d'objet, 360
- Perversion, 489, 523
- Peur
 de l'anéantissement, 426
 des animaux, 431
 nocturne, 422
 de la rétorsion, 426
- Phencyclidine, 585
- Phobie(s), 437
 agoraphobie, 439, 442
 angoisse, 431
 antidépresseurs tricycliques, 446
 anxiété
 – paroxystique, 439
 – sociale, 439
 de la déglutition, 438
 ISRS, 446
 néophobie alimentaire, 438
 peur du noir, 437
 scolaire, 437, 439
 – absentéisme, 441
 – angoisse, 432
 – anorexie mentale, 443
 – anxiété
 – – généralisée, 442
 – – de performance, 442
 – – de séparation, 442
 – attaque de panique, 441
 – *bullying*, 443
 – dépression, 443
 – enfant
 – – hyperactif, 443
 – – précoce, 442
 – *hikikomori*, 444
 – irritabilité, 443
 – jeux dangereux, 443
 – motif de consultation, 113, 114
 – perfectionnisme, 442
 – refus scolaire, 440
 – schizophrénie, 444
 – surpoids, 443
 – syndrome de
 – – fatigue chronique, 444
 – – retard de phase, 444
 – trouble
 – – anxieux post-traumatique, 442
 – – des apprentissages, 442
 – – des conduites, 443
 – – déficitaire de l'attention avec
 hyperactivité, 443
 – – obsessionnel-compulsif, 442
 – – oppositionnel avec provocation, 443
 simple, 367
 situations phobogènes, 439
 sociale, 367, 426, 439, 442, 586
 spécifiques, 189
 TCC, 778, 779
 trouble alimentaire post-traumatique, 438
- Phonologie, 180
- programmation, 180
- Piaget (J.), 131, 708
- Pica, 512
- PICS IV (*parent interview for children
 symptoms, revised for DSM-IV*), 328
- Pigois (E.), 448
- Pinel (Ph.), 377
- PIR-GAS (*parent-infant relationship global
 assessment scale*), 266
- Placentologie, 195
- Plan personnalisé de compensation, 724
- Portugal (organisation des services), 666
 centres de santé mentale infantile, 666
 consultation(s)
 – en pédopsychiatrie, 668
 – thérapeutiques, 669
 équipe pluridisciplinaire, 668, 673
 groupes thérapeutiques, 669
 hospitalisation, 667, 671
 – unités pédopsychiatriques, 671
 intervention communautaire, 668
 milieu thérapeutique, 672
 pédagogie thérapeutique, 676
 pédopsychiatrie de liaison, 675
 projet thérapeutique, 672
 psychothérapie psychanalytique, 739
 psychotropes, 669
 réseau de soins ambulatoires, 667
 santé mentale du nourrisson, 674
 spécialité de psychiatrie de l'enfant, 666
 thérapie familiale systémique, 668
 urgences pédopsychiatriques, 673
- Position
 dépressive, 360
 schizoparanoïde, 360
- Prader-Willi (syndrome de), 380, 474, 501
- Pragmatique, 174, 180
- Prématuré (sensibilité douloureuse du), 197
- Préoccupation maternelle primaire, 206
- Privation/mauvais traitement (troubles liés
 à la), 189
- voir aussi* Maltraitance et Sévices infligés
 aux mineurs
- Privat (P.), 769, 773
- Problem behaviour theory*, 589
- Problem solving*, 331
- Projet personnalisé de scolarisation, 725
- Prosodie, 47
- Prostitution
 à l'adolescence, 73
 identité sexuelle et, 63
- Protection
 de l'enfance, 814

- accueil de la mère et de son enfant, 815
- aides financières, 815
- interventions à domicile, 815
- prévention spécialisée, 815
- judiciaire, 808
- de la jeunesse (PJJ), 808, 812
- et sociale de l'enfance, 807
- - Code de l'action sociale et des familles, 808
- - droits de l'enfant, 807
- - éducation surveillée, 808
- - juge des enfants, 807, 808
- - maltraitance, 809, 816
- - recommandation pour la protection des mineurs, 807
- - tribunal pour enfant, 808
- maternelle et infantile (PMI), 814
- des mineurs, 807
- accueil de jour, 812
- aménagement des peines, 809
- défense de l'enfant en justice, 812
- délinquance, 810
- détention provisoire, 809
- droit de visite en présence d'un tiers, 812
- gestion du budget familial, 812
- institutions dépendant de la justice, 812
- jugement, 811
- - à délai rapproché, 809
- mesure de placement, 812
- mineurs accusés de crime, 809
- mineurs en danger, 810
- ordonnance d'assistance éducative en milieu ouvert, 811
- peines d'emprisonnement, 809
- placement séquentiel, 812
- prévention des mauvais traitements, 809
- priorité de la mesure éducative, 808
- procédure, 811
- saisine, 811
- transmission au parquet, 811
- unités éducatives, 813
- sociale, 807, 814
- Psychanalyse et cognition, 83
- acte de connaissance, 84
- activités antisymbolisantes, 86
- affects-percepts, 85
- animisme, 85
- bloc-notes magique, 85
- croyance, 85
- désir de savoir, 83
- doute, 85
- émotion esthétique, 83
- énaction, 85
- énigme, 84
- enveloppe prénarrative et narrative, 86
- épreuve de la réalité, 85
- érotisation de la pensée, 86
- espace d'illusion, 86
- fétichisme, 86
- hallucination négative, 86
- hallucinatoir, 85
- lésions préfrontales, 85
- monde clivé, 85
- naissance de la pensée, 86
- objet
- épistémique, 83
- libidinal, 83
- obsessionnalisation de l'appareil à penser, 87
- perception, 84
- et affect, 85
- conscience, 84
- et croyance, 85
- plasticité neuronale, 84
- processus
- primaires, 84
- de symbolisation, 86
- protoreprésentations, 86
- pulsion épistémologique, 84
- réalité interne, 84
- réverie maternelle, 86
- sens absent, 85
- sexualisation des pensées, 86
- système pare-excitation, 84
- Psychiatrie foetale, 26
- Psychodrame, 769
- dépression de l'adolescent, 567
- état de stress post-traumatique, 454
- Psycho-éducation, 411
- Psychogramme, 122
- évaluation clinique, 117
- examen psychologique, 120
- Psychomotricité, 131
- évaluation clinique, 117
- Psychopathologie développementale, 100
- « adversité significative », 102
- concept de résilience, 102
- corrélation G ' E, 101
- facteurs de protection/risque, 101
- imagerie génétique développementale, 102
- modèle transactionnelle, 101
- nosologie, 104
- parentalité et résilience, 103
- chez les parents, 101
- prédiction, 101
- pronostic, 101
- rôle du genre, 102
- TDAH, 103
- tempérament et résilience, 103
- Psychose
- angoisse, 429
- infantile, 402
- - encoprécie, 523
- mère atteinte de, 248
- parent atteint de, 241
- précoce, 274
- déficitaire, 271, 275
- symbiotique, 305
- Psychostimulants, 845
- AMM aux États-Unis, 845
- effets indésirables, 848
- TDAH, 845
- TED, 849
- Psychothérapie
- de l'enfant migrant, 804
- familiale, 755, 761
- alliances familiales, 764, 765
- autoquestionnaires, 766
- boulimie, 497
- circularité, 762
- classification de Sameroff, 766
- communication, 761, 762
- compliance, 765
- contextualisme, 763
- co-parentalité, 764
- co-thérapie, 761
- dépression de l'adolescent, 567
- diade, 761, 762
- empathie, 762
- équifinalité, 763
- Erikson (M.), 761
- guidance parentale, 766
- interdépendance, 762
- intersubjectivité, 762, 764
- *Lausanne trilogie play*, 764
- Minuchin (S.), 765
- modèles
- - interpersonnels, 763
- - de régulation et de représentation partagée, 763
- procédures multiméthodes, 764
- relations significatives, 761
- sévices, 466
- Ferenczi (S.), 730
- de groupe, 769
- âge de latence, 769, 772
- angoisse de morcellement, 772
- Anthony (J.), 770
- Anzieu (D.), 769
- assises narcissiques, 771
- Bion (W.R.), 770
- cadre thérapeutique groupal, 769, 770
- Chapelier (J.B.), 773
- conflits intrapsychiques, 769
- contenant/contenus, 770
- dispositifs groupaux, 771
- effet thérapeutique, 775
- enveloppe limitante collective, 770
- expérience groupale, 775
- fantasmes originaires, 774
- fonction pare-excitation, 771
- groupes
- - fermés, 771
- - thérapeutiques d'activité et de parole, 769
- illusion groupale, 771
- imago maternelle archaïque, 771
- intersubjectivité, 770
- intervention groupale, 772
- menace identitaire, 772
- mise en danger de l'identité, 773
- Moréno (J.L.), 769
- Privat (P.), 773
- processus groupal, 772
- psychodrame, 769
- relation d'objet chez l'enfant, 770
- restauration narcissique, 773
- rôle pare-excitant, 772
- sentiment d'appartenance groupale, 775
- sévices, 466
- Slavson (S.R.), 769
- transfert narcissique idéalisant, 773
- transitionnalité, 770
- Widlöcher (D.), 769
- individuelle
- dépression, 363
- sévices, 466

Psychothérapie (*suite*)

- institutionnelle, 748, 749
 - mère-enfant, 541
 - mère-nourrisson, 793
 - parents-enfant, 375
 - psychanalytique
 - Allemagne, 738
 - autisme, 785, 792
 - Belgique, 739
 - boulimie, 497
 - British Confederation of Psychotherapists, 739
 - Cahn (R.), 733
 - changement intrapsychiques, 733, 737
 - contexte socio-économique, 734
 - contre-transfert, 737
 - Cramer (B.), 731
 - dépression, 363
 - de l'adolescent, 566
 - différences selon les pays, 738
 - Dolto (F.), 731
 - éducation psychanalytique, 732
 - Espagne, 739
 - état de stress post-traumatique, 454
 - études statistiques, 738
 - Europe, 726
 - évaluation, 731, 736
 - Férida (P.), 736
 - Fonagy (P.), 737
 - formation des psychothérapeutes, 735
 - France, 739
 - Freud (A.), 731, 736
 - Freud (S.), 730, 734
 - Green (A.), 734
 - Hampstead Clinic, 736
 - Hug-Hellmuth (H.), 731
 - identifications projectives
 - pathologiques, 732
 - instituts de formation, 736
 - interactions fantasmatiques, 732
 - Italie, 739
 - *Journal of Child Psychotherapy*, 739
 - Klein (M.), 731, 736
 - Mannoni (M.), 731
 - mesure des changements, 737
 - Morgenstern (S.), 731
 - nouvelles modalités d'intervention, 737
 - Palácio Espasa (P.), 731, 743
 - parent(s) enfant, 742
 - - bisexuel psychique, 745
 - - cadre, 745
 - - contre-transfert, 745
 - - Cramer (B.), 743
 - - Debray (R.), 743
 - - érection, 744
 - - Fraiberg (S.), 742
 - - interprétation, 746
 - - Lebovici (S.), 743
 - - Male (P.), 743
 - - « malléabilité » du thérapeute, 744
 - - Palácio Espasa (F.), 743
 - - résistances, 745
 - - Tavitock Clinic, 743
 - - transfert, 745
 - - - inverse, 744
 - - triple déconcentration du cadre, 745
 - - verbalisation, 746
 - - Winnicott (D.W.), 743
 - - pathologies du narcissisme, 733
 - - pays de l'Est, 740
 - - place des parents, 731
 - - Portugal, 739
 - - « psychagogues », 739
 - - recherche clinique psychanalytique, 737
 - - remboursement des séances, 734
 - - Roussillon (R.), 733
 - - Royaume-Uni, 739
 - - Scandinavie, 740
 - - Segal (H.), 735
 - - Sokolnicka (E.), 731
 - - supervision, 736
 - - syndrome d'Asperger, 303
 - - Tavistock Clinic, 736
 - - traitements à visée symptomatique, 735
 - - transmission psychique
 - inconsciente, 732
- Psychotique (structure), 340
- Psychotropes
- autisme, 793
 - obtention de l'AMM, 831
 - place en psychiatrie de l'enfant, 831
 - prescription, 831
 - voir aussi Antidépresseurs, Antipsychotiques, Psychostimulants et Thymorégulateurs, 831
- Puberté, 60
- corps sexué, 60
 - théorie du développement, 7
 - Winnicott (D.W.), 60
- Puberté (transformations à la), 65
- anamorphose, 66
 - bisexualité, 66
 - castration, 67
 - complexe d'Œdipe, 66, 67
 - dysharmonies, 65
 - familles transplantées, 67
 - féminité, 66
 - genitalité, 66
 - groupe familial, 67
 - identité sexuée, 66
 - image inconsciente du corps, 66
 - masculinité/féminité, 66
 - phallus, 67
 - séparation-individuation, 66
 - transmission transgénérationnelle, 67
- Pulsions, 4
- agressives, 4
 - épistémophiles, 406
 - évaluation psychopathologique, 171
 - libidinales, 371, 405
 - de mort, 629
 - sexuelles, 4
- Purper-Ouakil (D.), 845
- Q
- Questionnaire
- AAI (*adult attachment interview*), 151
 - *adolescent problem severity index*, 593
 - ASDI (*Asperger syndrome diagnostic interview*), 298
 - ASSQ (*autism spectrum screening questionnaire*), 298
 - CBCL (*children behaviour check-list*), 328
 - CDI (*children depression inventory*), 328
 - CHAT (*checklist for autism in children*), 288
 - *child attachment interview*, 38
 - *drug use screening inventory*, 593
 - K-SADS-PL (*kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia, present and life-time version*), 138, 319, 328, 387
 - NORC *diagnostic screen*, 586
 - PICS IV (*parent interview for children symptoms, revised for DSM-IV*), 328
 - SDQ (*strengths and difficulties questionnaire*), 328
 - SOGS (*south oaks gambling screen*), 587
 - *teen addiction severity index*, 593
 - Quélin-Souligoux (D.), 769
 - Quotient intellectuel, 470
- R
- Rabain (D.), 187
- Rabreau (J.-P.), 554
- Raisonnement (oscillations du), 471
- Rantty (C.), 795
- Rapee (R.), 778
- RASED (réseau d'aide pour l'enfant en difficulté), 725
- Raynaud (J.-Ph.), 569
- Réalité (épreuve de la), 85
- Rééducation mnésique, 128
- Refolement, 4, 7, 371
- Refus
- scolaire, 440
 - voir aussi Phobie scolaire de traitement, 632
- Régime alimentaire, 654
- Régression, 367, 369, 495
- Régurgitations du nourrisson, 511
- Relation(s)
- abusive, 192
 - adaptée, 192
 - anxieuse-tendue, 192
 - éléments d'un trouble de la, 192
 - irrité hostile, 192
 - d'objet, 196, 590
 - chez l'enfant, 770
 - évaluation psychopathologique structurelle, 170
 - - impitoyable, 825
 - pathologique, 192
 - sous-impliquée, 192
 - surimpliquée, 192
- Relationnel(le), 169
- adaptation, 169
 - objet, 169
 - psychopathologie, 169
 - représentation de soi, 169
- Religion, 628
- Représentation de soi, 6, 16
- Résilience, 102
- Résolution de problèmes, 164, 331

Retard

cognitif, 402
 mental, 469
 – centre
 – de d'action médicosociale précoce, 477
 – de médicopsychologique, 477
 – de médico-psycho-pédagogique, 477
 – dysharmonies cognitives, 475
 – encéphalites, 474
 – encéphalopathies, 474
 – étiologie, 473
 – externat médicopédagogique, 477
 – institut médico-éducatif, 477
 – leucodystrophies, 474
 – maladie de Wilson, 474
 – sclérose tubéreuse de Bourneville, 474
 – syndrome
 – de d'alcoolisme fœtal, 474
 – de Prader-Willi, 474
 – de Rett, 474
 – de Turner, 474
 – de Williams, 474
 – de l'X fragile, 474
 – trisomie 21, 474
 – troubles du langage, 174
 de phase (syndrome de), 576
 – phobique scolaire, 444

Rett (syndrome de), 268, 270, 292, 474

Rêve, 573

Réveil nocturne, 191

Réverie maternelle, 86

Rey (figure de), 127

Rituel, 408

Ritvo (E.R.), 274, 292

Robertson (J.), 221

Rorschach (test de), 122, 304

Rosenblum (O.), 527

Roubertoux (P.), 293

Roussillon (R.), 227, 733

Russel (critères de) pour la boulimie, 490

Rutter (M.), 221, 292

Rythme circadien, 573

Rythmes nocturnes, 578

S

Samcroff (classification de), 766

Sandler (J.), 355, 360

Santos (J.), 666, 668

Sauvage (D.), 288, 791

Sceno test, 122

Schizophrénie

antipsychotiques, 840
 à début précoce, 377
 – antipsychotiques, 382
 – Bleuler (E.), 377
 – égodynamique, 378
 – Haslam (J.), 377
 – Kahlbaum (K.L.), 377
 – Kraepelin (E.), 377
 – leucodystrophie, 381
 – maladie
 – neuro-métabolique, 380
 – de Niemann-Pick, 381
 – de Wilson, 381

– microdélétion 22q11, 380

– Minkowski (E.), 377

– *multidimensionally impaired group*, 379

– Pinel (Ph.), 377

– Schneider (K.), 377

– sclérose tubéreuse de Bourneville, 380

– syndrome

– de Prader-Willi, 380

– de l'X fragile, 381

– troubles

– de la coordination motrice, 378

– envahissants du développement, 379

– vulnérabilité, 381

infantile, 305

chez la mère, 243, 249

phobique scolaire, 444

Schmit (G.), 489, 548

Schneider (K.), 377, 401

Scolarité des enfants autistes, 793

Scotomes intellectuels, 555

SDQ (*strengths and difficulties*

questionnaire), 328, 330

Section d'enseignements généraux et

professionnels adaptés, 725

Sectorisation infantojuvénile, 719

dispositif de soins, 720

missions, 719

Sédatif, 585

Segal (H.), 735

Self, 6, 304, 372, 373, 539, 590, 620

Sensation prémonitrice, 413

Séparation/individuation (processus de), 5,

359

Service

éducatif

– en établissement pénitentiaire pour

mineurs (SEPM), 813

– auprès des tribunaux (SEAT), 813

territorial éducatif

– d'insertion (STEL), 813

– en milieu ouvert (STEMO), 812

SESSAD (service d'éducation spéciale et de

soins à domicile), 719, 723

Severe mood dysregulation, voir Dysrégulation

émotionnelle et comportementale

sévère

Sérvices infligés aux mineurs, 457

abus sexuel, 457

angoisse d'avoir mal, d'être mutilé ou

rendu malade, 461

auteur tout-puissant, 460

cruauté mentale, 457

désespoir, 461

désillusion, 461

destructivité, 462

distorsion cognitive, 461

double vie, 462

dysfonctionnement

– familial, 459

– occasionnel des institutions, 459

enfant victime, 460

– besoins fondamentaux, 463

exploitation organisée des mineurs à fin de

lucré, 457

facteurs de provocation, 460

identification à l'agresseur, 462

immaturité œdipienne, 460

inhibition de l'affirmation de soi, 462

inorganisation de la personnalité, 460

insatisfaction de soi, 460

justice pénale, 467

liberté intérieure, 461

loi du silence, 462, 464

maltraitance

– physique, 457

– psychologique, 457

manque de confiance en soi, 462

masochisme, 461

méfiance, 462

négligence intentionnelle grave et de

longue durée, 457

pervers, 460

protection de l'enfant, 464

psychothérapie

– familiale, 466

– de groupe, 466

– individuelle, 466

rage, 461

régulation, 466

rôle négatif du tiers, 459

solitude, 462

SOS-Enfants, 465

syndrome

– de Münchhausen par procuration, 462

– de stress post-traumatique, 462

voir aussi Carences de soins maternels et

Maltraitance

Sexe

d'assignation, 62

sentiment d'appartenance à un, 62

troubles du développement du, 61

Sexualité à l'adolescence, 68

anéjaculation, 70

angoisse de performance, 70

anorgasmique, 70

bisexualité, 72

couple, 70

dysmorphophobie, 69

dyspareunie, 70

éjaculation prématurée, 70

exhibitionnisme, 71

fétichisme, 71

frigidité, 70

homosexualité, 70

honte, 70

impuissance, 70

intersexualité, 71

masturbation, 69

onanophobie, 69

première expérience, 68

premier flirt, 69

premier rapport sexuel, 69

pseudo-télisme, 69

stimulation clitoridienne, 69

transsexualisme, 70

travestissement, 71

vaginisme, 70

voyeurisme, 71

SIDA, 68

Sivado (P.), 708

Slavson (S.R.), 769

SOGS (*south oaks gambling screen*), 587

- Soi
 analogue de, [13](#)
 concept du, [9](#)
 construction de soi, [16](#)
 estime de, voir Estime de soi
 image de, voir Image de soi
 rapport à soi et virtuel, [93](#)
 représentation de, voir Représentation de soi
 sens de, [9](#)
 sentiment
 – et cohésion physique du, [11](#)
 – précoce de, [9](#)
- Sokolnicka (E.), [731](#)
- Sollicitude anxieuse primaire, [215](#)
- Sommeil
 adolescence, [579](#)
 calme, [574](#)
 hypersomnie, [574, 576](#)
 lent, [573](#)
 paradoxal, [573](#)
 troubles du, [191, 573](#)
 – agité, [574](#)
 – angoisse, [431](#)
 – bruxisme, [578](#)
 – cataplexie, [576](#)
 – cauchemars, [577](#)
 – dépression, [362](#)
 – dyssomnie, [574](#)
 – enregistrements polygraphiques du sommeil, [576](#)
 – hallucinations hypnagogiques, [576](#)
 – heure de sommeil équivalent adulte, [580](#)
 – hydroxyzine, [581](#)
 – hypothalamus, [573](#)
 – hypoxie, [576](#)
 – insomnie, [576](#)
 – liés à la respiration, [576](#)
 – mélatonine, [581](#)
 – méthylphénidate, [581](#)
 – narcolepsie, [576](#)
 – chez le nourrisson, [516](#)
 – paralysies du, [576](#)
 – parasomnie, [574, 577](#)
 – précoces sévères, [518](#)
 – rythme circadien, [573](#)
 – rythme veille/sommeil, [573](#)
 – rythmes nocturnes, [578](#)
 – somnambulisme, [577](#)
 – somniloquie, [578](#)
 – syndrome
 – – d'apnées obstructives du sommeil, [576](#)
 – – d'avance de phase, [577](#)
 – – de Gilles de la Tourette, [415](#)
 – – des jambes sans repos, [577](#)
 – – de Kleine-Levin, [576](#)
 – – de retard de phase, [576](#)
 – – terreurs nocturnes, [577](#)
 – trouble(s)
 – – anxieux, [578](#)
 – – bipolaire, [578](#)
 – – déficitaire de l'attention avec hyperactivité, [578](#)
 – – de l'humeur, [578](#)
 – – de la parentalité, [539](#)
 – – du spectre autistique, [579](#)
- Sonnambulisme, [577](#)
- Somniloquie, [578](#)
- Soubieux (M.-J.), [26, 144, 193, 231](#)
- Soulé (M.), [26, 144, 193, 231](#)
- Spasmes du sanglot, [216, 522](#)
- Spéculaire
 égo, [14](#)
 image du moi, [22](#)
 mise en acte, [14](#)
 relation, [12](#)
- Speranza (M.), [3, 304, 556, 821](#)
- Spira (A.), [220](#)
- Spitz (R.A.), [4, 219, 356, 360, 368, 516, 540](#)
 organisateur de, [289](#)
- Stade
 du miroir de Lacan, [16](#)
 oral, [4](#)
 phallique, [6](#)
- Stephan (E.), [778](#)
- Stern (D.N.), [6, 9, 163, 276, 453](#)
- Stierlin (H.), [554](#)
- Stoller (R.), [62](#)
- Strange situation procedure, [35, 156](#)
 étude interculturelle, [159](#)
 fiabilité test-retest, [158](#)
 transmission intergénérationnelle, [159](#)
- Stress
 aigu (état de), [453](#)
 post-traumatique (état de), [448, 452](#)
 – addiction, [586](#)
 – abus de substances, [453, 454](#)
 – angoisse, [426](#)
 – après-coup, [449, 453, 454](#)
 – axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, [449](#)
 – cancer, [450](#)
 – cortisol, [449](#)
 – débriefing, [454](#)
 – dépression, [453](#)
 – deuil, [455](#)
 – échelles d'évaluation, [453](#)
 – effondrement, [452](#)
 – effroi, [450](#)
 – EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing treatment*), [455](#)
 – état
 – – de détresse, [449](#)
 – – de stress aigu, [453](#)
 – évitement, [450-452](#)
 – hôpital, [453](#)
 – hyperactivité neurovégétative, [450, 451, 452](#)
 – maladie, [450, 453](#)
 – pare-excitation, [449, 453](#)
 – prématurité, [453](#)
 – psychodrame, [454](#)
 – psychothérapie psychanalytique, [454](#)
 – relaxation analytique, [454](#)
 – reviviscence, [450, 452, 454](#)
 – sévices, [462](#)
 – système nerveux sympathique, [449](#)
 – thérapie
 – – cognitivo-comportementale, [454](#)
 – – traumatisme, [449, 452, 453, 454](#)
 – – trouble(s)
 – – du comportement, [453](#)
 – – des conduites, [453, 454](#)
 – – déficitaire de l'attention avec hyperactivité, [453, 454](#)
 – – obsessionnels-compulsifs, [453](#)
 – – oppositionnels, [454](#)
 – psychosocial, [192](#)
- Stress inoculation training, [331](#)
- Stropp (test de), [328](#)
- Sublimation, [344](#)
- Substances psychoactives, [585, 587](#)
- Suicide, [569](#)
 conduite à risque suicidaire, [569](#)
 crise suicidaire, [569](#)
 dépression, [358](#)
 – de l'adolescent, [562](#)
 épidémiologie, [569](#)
 équivalent suicidaire, [569](#)
 impulsivité, [571](#)
 ISRS et, [837](#)
 tentative de, [569](#)
 voir aussi Tentative de suicide, [569](#)
- Suisse (organisation des services), [686](#)
Acta paedopsychiatrica, [686](#)
 assurance-invalidité nationale, [686](#)
 centres
 – de jour, [687, 688](#)
 – de nuit, [688](#)
[CIM-10](#), [687](#)
 consultation ambulatoire, [686, 687](#)
 formation, [688](#)
 modalités psychothérapeutiques, [688](#)
 nourrisson, [686](#)
 pédopsychiatrie psychosomatique, [686](#)
 premier symposium de psychiatrie d'enfants et adolescents, [686](#)
 psychanalyse, [686, 687](#)
 services
 – médicopédagogiques, [686](#)
 – de psychiatrie infantile, [687](#)
 soins
 – ambulatoires, [687](#)
 – à temps complet, [687](#)
 – à temps partiel, [687](#)
 théories
 – cognitivo-comportementales, [687](#)
 – systémiques, [687](#)
 thérapies
 – ambulatoires, [688](#)
 – familiales, [686](#)
 – relationnelles, [688](#)
 unités de liaison, [687](#)
- Surdité (troubles du langage), [174](#)
- Surmoi, [4, 366, 370-372, 536, 629](#)
 archaïque, [535](#)
 évaluation psychopathologique structurelle, [171](#)
 infantile, [564](#)
- Surpoids, [443](#)
- Surrénales (hyperplasie congénitale des), [62](#)
- Symbolisation, [371](#)
 processus de, [86](#)
- Syndrome(s)
 abandonnique, [561](#)
 pandismaturatif, [243](#)
- Systèmes (théorie générale des), [762](#)
- Szwed (Ch.), [807](#)

- T
- TAS (*Toronto alexithymia scale*), 587
- Task support hypothesis, 127
- TAT (*thematic apperception test*), 122
- Tavistock Clinic, 736, 743
- TDAH, voir Déficit de l'attention avec hyperactivité (trouble)
- TDD (*temper dysregulation disorder with dysphoria*), 393, 394
- TEACCH (*treatment and education of autistic and related communication handicapped children*), 790
- Teen addiction severity index, 593
- TECP (test), 798
- Tentative de suicide, 388, 546, 569
- voir aussi Suicide
- Terreurs nocturnes, 577
- Test(s)
- BREV (batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives), 174
- CAST (*childhood Asperger syndrome test*), 298
- CAT (*children apperception test*), 122
- CBQ (*child bipolar questionnaire*), 390
- CPT (*continuous performance test*), 329
- MFFT (*matching familiar figure test*), 328
- PER 2000 (protocole d'évaluation rapide), 174
- projectifs, 120
- de Rorschach, 122, 304
- *sceno test*, 122
- de Stroop, 328
- TELCP, 798
- TAT (*thematic apperception test*), 122
- de la tour de Londres, 328
- Théorie de l'esprit, 8, 15, 246, 289, 296, 301, 307
- Thérapie(s)
- cognitivo-comportementales, 567, 777
- agenda de changement, 778
- alliance thérapeutique, 781
- ambivalence, 778
- analyse fonctionnelle, 777
- boulimie, 497
- Brunet (C.), 778
- collaboration active, 778
- *coping power*, 782
- Dadds (M.E.), 778
- entretien motivationnel, 778
- état de stress post-traumatique, 454
- études statistiques, 738
- Eyberg (S.M.), 777
- Graham (P.J.), 777
- indications, 777
- Kendall (P.K.), 777, 778
- Leveau (J.), 778
- logique négative, 779
- métacognitions, 777
- modification de logiques de pensée dysfonctionnelle, 777
- *parent management training Oregon*, 782
- phobie scolaire, 779
- programme
- de Barkley, 782
- pour enfant de 2 à 10 ans « *incredible years* », 782
- Rapee (R.), 778
- renforcement négatif, 778
- respiration abdominale, 778
- syndrome d'Asperger, 303
- « triple P », 782
- trouble(s)
- anxieux phobiques, 778
- du comportement, 781
- déficitaire de l'attention avec hyperactivité, 777
- externalisés, 777
- internalisés, 777
- onessionnel-compulsif, 410, 780
- Turgeon (L.), 778
- victoire sur la peur, 779
- d'échange et de développement, 791
- institutionnelles, 748
- alliance thérapeutique, 749
- autisme, 785
- Beaujard (M.), 749
- Bion (W.), 753
- Bonnafé (L.), 749
- cadre, 752
- Cahn (R.), 753
- cure en institution, 748, 749
- Daumezon (G.), 749, 751
- Diatkine (R.), 749
- Ey (H.), 750
- familiale, 755
- fonction pare-excitation, 785
- groupes de parents, 755
- Guattari (F.), 751
- information des parents, 755
- « institution mentale », 755
- institution et narration, 753
- institutions à temps partiel, 754
- Lang (J.-L.), 749
- Lebovici (S.), 749
- manque, 753
- médecin référent, 754
- Misès (R.), 749
- œdipianisation des conflits, 752
- orthophoniste, 754
- Oury (J.), 750
- psychothérapeute de référence, 754
- relation psychothérapique individuelle, 754
- rêverie maternelle, 753
- tendance au morcellement et au clivage, 752
- terme d'« institution », 751
- Tosquelles (F.), 749
- traitements
- correctifs, 748
- réparateurs, 748
- visite à domicile, 755
- à médiation corporelle, 792
- psychomotrices, 792
- Thymorégulateurs, 391, 394
- Tics, 413, 422
- coprolalie, 413
- écholalie, 413
- écho-phénomène, 413
- égodystonie, 413
- impulsion, 413
- moteurs, 413
- névrose obsessionnelle, 369
- palilalie, 413
- sensation prémonitoire, 413
- TDAH, 322
- vocaux, 413
- Tisseron (S.), 89, 598
- Toolan (J.H.), 356
- Tosquelles (F.), 749
- Totem et Tabou, 21
- horde primitive, 21
- « l'homme aux loups », 22
- meurtrier du père, 21
- repas totémique, 21
- tabou de l'inceste, 21
- Tour de Londres (test de la), 328
- Toxicomanie sans drogue, 492
- Tramer (M.), 686
- Transculturel(le), 625
- interactions précoces mère-enfant, 805
- modèles, 806
- parentalisation, 144
- *strange situation procedure*, 159
- Transfert, 364, 745, 773
- Transgénératlonel(le)
- deuil, 635
- parentalisation, 144
- parentalité, 540
- troubles de la, 542
- *strange situation procedure*, 159
- Transitionnalité, 770
- Transparence psychique, 195
- Transsexualisme, 61, 63, 70
- psychothérapie, 64
- trajectoire transsexuelle, 63
- Travestissement, 71
- Trevathen (C.), 9, 276
- Triadification, 152
- Tribunal pour enfant, 808
- Trichotillomanie, 218, 587
- Trisomie 21, 474
- Trouble(s)
- addictif, voir Addiction
- alimentaire post-traumatique, 438
- anxieux, voir Anxiété
- bipolaire, 385
- adolescence, 651
- antidépresseurs, 392
- antipsychotiques, 841
- carbamazépine, 391
- CBQ (*child bipolar questionnaire*), 390
- co-morbidités, 388
- cortex frontal, 389
- cyclicité, 387
- dépression, 358
- développement, 385
- dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère, 393, 394
- épidémiologie, 387
- Freud (S.), 385
- gène COMT, 389
- gène du transporteur de la sérotonine, 389
- hippocampe, 389
- intermédiaire, 386, 393

882 INDEX

Trouble(s) (*suite*)

- Klein (M.), 385
- Kraepelin (E.), 385
- K-SADS (*kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia*), 387
- lamotrigine, 391
- large, 386, 393
- libido, 390
- lithium, 391
- microdélétion 22, 389
- neuroleptiques, 392
- pharmacothérapie, 391
- restrictif, 386, 393
- symptômes
 - - d'irritabilité, 386
 - - maniaques, 386, 394
 - - syndrome d'Asperger, 390
- *temper dysregulation disorder with dysphoria* (TDD), 393, 394
- tentative de suicide, 388
- thalamus, 389
- thymorégulateurs, 391, 394
- trouble
 - - déficitaire de l'attention avec hyperactivité, 321, 342, 386, 390
 - - de la personnalité *borderline*, 388
 - - du sommeil, 578
 - - valproate, 391
 - - YMRS (*young mania rating scale*), 390
- cutanés, 217, 518
- désintégratifs de l'enfance, 270
- envahissants du développement, 268, 298, 305, 379
- sans déficit intellectuel, 127
- - théorie de l'esprit, 127
- non spécifiés, 305
- perspective catégorielle versus dimensionnelle, 272
- troubles du langage, 174
- instrumentaux, 472
- multiples et complexes du développement, 304
- CFTMEA, 306
- dysharmonie évolutive de type psychotique, 306
- lignes de développement, 304, 307
- phénoménologie, 305
- psychopathologie, 307
- self, 304
- - théorie de l'esprit, 307
- névrotiques, 366
- complexe d'Œdipe, 366, 371
- Freud (A.), 366
- Hans, 366, 368
- idéal du moi, 372
- identification, 373
- ISRS, 375
- Klein (M.), 366
- maladie de Gilles de la Tourette, 374
- moi, 373
- narcissisme, 374
- névrose
 - - hystérique, 368
 - - obsessionnelle, 369
 - - phobique, 367
- personnalité *borderline*, 374
- profil de personnalité d'H. Nagera et A. Freud, 370
- psychothérapie parents-enfant, 375
- pulsions libidinales, 371
- refoulement, 371
- régressions, 367
- self, 372, 373
- surmoi, 366, 371, 372
- symbolisation, 371
- symptômes hypocondriaque, 368
- TDAH versus, 372
- trouble somatoforme, 368
- obsessionnels-compulsifs, 408
- analyse fonctionnelle, 780
- angoisse, 426
- antidépresseurs tricycliques, 834
- co-morbidité, 409
- compulsions stéréotypées, 408
- développement psychique, 408
- égodystonic, 409
- état de stress post-traumatique, 453
- gène du transporteur de la sérotonine (*5HTTLPR*), 410
- génétique, 410
- ISRS, 411
- neuro-imagerie, 410
- obsessions
 - - idéatives, 408
 - - impulsives, 409
 - - phobiques, 409
- Pandas, 410
- phobie scolaire, 442
- psychopathologie, 780
- sémiologie, 408
- syndrome de Gilles de la Tourette, 415
- TCC, 410, 411, 780
- oppositionnel avec provocation
 - - addiction, 587
 - - état de stress post-traumatique, 454
 - - motif de consultation, 113
 - - phobie scolaire, 443
 - - TDAH, 318, 319, 335
- psychosomatiques, 506
- activités auto-érotiques, 507
- angoisse de l'étranger, 507
- anorexie du nourrisson, 507
- asthme, 521
- « bébés non câlins », 520
- coliques, 513
- constipation fonctionnelle, 515
- dépression, 356
- eczéma infantile atopique, 519
- encoprésie, 514, 522
- insomnie commune précoce, 517
- interactions mère-enfant, 517
- mérycisme, 510, 511
- du nourrisson, 212
- - anorexie mentale, 213
- - coliques idiopathiques, 215
- - insomnies du premier trimestre, 216
- - manifestations asthmatiques précoces, 217
- - mérycisme, 213, 214
- - risque d'évolution vers des, 213
- - signification, 212
- - spasme du sanglot, 216
- - spécificités, 212
- - syndrome du « comportement vide », 213
- - troubles cutanés, 217
- - vomissements psychogènes, 213, 214
- - pare-excitation, 517
- - pica, 512
- - régurgitations, 511
- - spasmes du sanglot, 520
- Spitz (R.A.), 516
- troubles
 - - cutanés, 518
 - - de la défécation, 514
 - - respiratoires, 520
 - - du sommeil chez le nourrisson, 516
 - - du sommeil précoces sévères, 518
 - - vomissements psychogènes, 510
- respiratoires, 520
- somatoforme, 368

Turgeon (L.), 778

Turner (syndrome de), 474

Tustin (F.), 8, 284

Twisted communication, 761

U

Unité

- d'hospitalisation mère-bébé, 721
- pédagogique d'intégration, 725
- Urgence en pédiopsychiatrie, 821
- cadre thérapeutique, 825
- crise psychopathologique, 821
- hospitalisation, 825
- relation d'objet imputoyable, 825
- service d'accueil d'urgence, 823
- violence et contre-transfert, 824
- violence et institution, 824
- violence et morcellement institutionnel, 824

V

Vaginisme, 20

Valproate, 391

Venlafaxine, 838

Vervier (J.-F.), 698

Vidéo (examen sensorimoteur), 134

Vie fantasmatique, 171

VIH (infection par le), 527

antirétroviraux, 527

devenir adolescent séropositif, 529

facteurs de vulnérabilité, 528

groupe de parole, 531

information sur la maladie, 528

nomination du VIH, 528

parent séropositif, 529

- décédé, 529

préadolescence, 530

secret de la contamination, 529

suivi du traitement, 527

troubles psychologiques, 528

Violence

et contre-transfert, 824

et institution, 824